



TRABAJO FIN DE MÁSTER

***El arte y el museo como vehículo de experiencia en
hábitos saludables para personas con Funcionamiento
Intelectual Límite: un estudio de caso en el museo
Thyssen-Bornemisza de Madrid.***

***Máster en Educación Artística
en Instituciones Sociales y Culturales***

Facultad de Bellas Artes

**APELLIDOS Y NOMBRE: SILES MORIANA SILVIA
DNI: 50474974W
TUTOR/A DE LA UNIVERSIDAD: NOEMÍ ÁVILA VALDÉS
CURSO: 2013-2014**

CONVOCATORIA: Septiembre

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN. INTERÉS Y PERTINENCIA DEL TEMA EN EL CONTEXTO.....	6
3. HIPÓTESIS.....	8
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN/ANTECEDENTES (VER FIG. 2 EN ANEXO 14.2.).....	9
4.1. MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE CURARTE I+D Y MADRID SALUD COMO PRIMER ANTECEDENTE. EL CMS USERA.....	9
4.1.1. UN SALÓN PARA TODOS	10
4.1.2. PROYECTO MESA.....	11
4.2. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PUNTO DE PARTIDA: LOS AGENTES IMPLICADOS: CPHS, ADISLI, MUSEO THYSSEN BORNEMISZA DE MADRID.....	11
4.2.1. CENTRO DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES (CPHS): EL PROGRAMA ALAS (Alimentación, Actividad física y Salud) Y WAP (Walking People).	11
4.2.2. ASOCIACIÓN ADISLI.	13
4.2.2.1. HISTÓRICO DE COLABORACIÓN: CPHS Y ADISLI.	14
4.2.3. EL MUSEO THYSSEN BORNEMISZA DE MADRID. ACCIÓN SOCIAL: RED DE PÚBLICOS Y LABORATORIO DE DIVERSIDAD.	16
4.2.3.1. EJEMPLOS: Día Internacional de los museos y Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (Centro de Rehabilitación Psicosocial “Latina”).	17
4.3. OTROS ANTECEDENTES: MUSEOS.	18
4.3.1. EL MUSAC.	18
4.3.2. CENTRE D'ART LA PANERA.....	19
5. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS.	20
6. METODOLOGÍA.....	21
6.1. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA COMO MARCO METODOLÓGICO PARA INVESTIGAR.	21
6.2. MÉTODOS Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	22
6.2.1 LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: Museo, asociaciones, participantes y educares. I-A Cooperativa. I-A Participativa.....	22
6.2.2. EL ESTUDIO DE CASO: Acceso al campo.....	24
6.3. HERRAMIENTAS CONCRETAS DE EXTRACCIÓN DE DATOS	26
7. MARCO TEÓRICO	29
7.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL LÍMITE (FIL)	29
7.1.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	29
7.1.2. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL LÍMITE	30
7.2. LA SALUD, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN.....	32
7.2.1. SALUD-ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA.	32
7.2.2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD. HÁBITOS SALUDABLES.	33

7.3. EL MUSEO	36
7.3.2. RESPONSABILIDAD SOCIAL	36
7.3.3. LA EDUCACIÓN ARTÍSTICA Y LA DIVERSIDAD	37
8. MARCO PRÁCTICO.....	39
8.1. CONTEXTUALIZACIÓN	39
8.1.1. CONTEXTO HUMANO: personas con FIL y profesionales socio-sanitarios.	39
8.1.2. CONTEXTO FÍSICO: Museo Thyssen-Bornemiza y CPHS.....	40
8.1.3. CONTEXTO TEMPORAL	41
8.2. INTRODUCCIÓN.....	41
8.3. OBJETIVOS	41
8.4. CONTENIDOS Y ACTIVIDADES.....	42
8.5. METODOLOGÍA.....	44
8.6. MEDIOS Y RECURSOS DIDÁCTICOS.....	45
8.7. EVALUACIÓN	45
9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	46
10. CONCLUSIONES.....	57
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
12. BIBLIOGRAFÍA.....	68
13. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	73
13. ANEXOS	75
13.1. CONVENIO DE COLABORACIÓN DE MADRID SALUD Y CURARTE I+D	75
13.2 MAPAS CONCEPTUALES Y CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN	76
14.3. IMÁGENES DE LAS SESIONES	79
14.4. PLANIFICACIÓN DE LÍNEAS DE TRABAJO	87
14.4. “PICNIC DE DISCUSIÓN”	95
14.6. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	96

1. RESUMEN

El trabajo de investigación llevado a cabo servirá para comprobar la viabilidad de un programa de educación artística para personas con *FIL (Funcionamiento Intelectual Límite)* en el tratamiento de los hábitos saludables, con los que el *Centro de Promoción de Hábitos Saludables (CPHS)* trabaja. Esos conceptos se enmarcan dentro del marco del proyecto *ALAS (Alimentación (Alimentación, Actividad Física y Salud))*, adaptado a colectivos vulnerables con discapacidad de origen psíquico: Trastorno Mental Severo, Síndrome de Down e *Inteligencia Límite (Funcionamiento Intelectual Límite)*, que se implementa en el centro. Por lo tanto la alimentación y actividad física serán el punto de donde partir en los contenidos, hacia una concepción más amplia de salud.

Mediante visitas-taller programadas en el museo Thyssen-Bornemisza de Madrid, que constituirá el escenario principal de este programa, y talleres en el CPHS, el contexto habitual de prevención de la salud, se generarán experiencias significativas en torno a esta concepción de hábitos saludables que incidan en la responsabilidad de la propia salud, y que además sirvan para detectar cuestiones referentes a ésta. Con esta programación se propone establecer un primer contacto entre instituciones, generando una comunicación inicial que permita una posible red de trabajo en colaboración entre profesionales de los diferentes contextos implicados en futuras programaciones diseñadas a partir de esta experiencia.

Palabras Clave: Discapacidad Intelectual, Funcionamiento Intelectual Límite, arte, museo, educación artística, hábitos saludables, responsabilidad, autonomía.

Abstract

The present research has been done as a viability study for an art education program addressed to *Borderline Intellectual Functioning (BIF)* people in the subject of healthy habits in the way is worked by the *Promotion of Healthy Habits Centre (CPHS)*. These concepts are included in the *ALAS project (Feeding, Sports and Health)*, that is developed in the centre and works with vulnerable population in terms of mental disabilities: mental disorder, Down syndrome and *Borderline Intellectual Functioning*. Therefore, the healthy feeding and sports will be the starting point to begin the work towards a wider health conception.

Through visits and workshops planned in the Thyssen-Bornemisza Madrid Museum, that will be the main context for this project, and other workshops that will take place in the Centre, the environment that is usually in charge of health prevention, we will share meaningful experiences related to this healthy habits conception that are thought to raise

awareness in self-healthy and develop tools to detect health issues. With this program, we want to create a first link among the institutions, encouraging communication. This could be the seed of a professional network that connect people who will work in other projects and contexts inspired by this experience.

Key words: Mental disabilities, Borderline Intellectual Functioning, art, museum, art education, healthy habits, responsibility, autonomy.

2. JUSTIFICACIÓN. INTERÉS Y PERTINENCIA DEL TEMA EN EL CONTEXTO.

El interés inicial sobre el que se fundamenta este trabajo de investigación, surge de unas visitas realizadas a los departamentos de educación de varios museos de la Comunidad de Madrid. En ellas, aparecieron unas cuestiones sobre la situación en los museos, en cuanto a la visibilidad y comunicación, de los grupos de diversidad, en general, y de discapacidad o capacidades diversas, en particular que resultaron muy interesantes. Estos se presentan como una dificultad a la situación normalizada establecida en torno al público general, familias y escolares. De este modo, la propuesta de investigación fue, en primer lugar, la de ahondar en esta situación descubierta en los museos visitados, para averiguar los motivos de, por un lado, la falta de visibilidad de estos “perfiles” dentro del él, y por otro, el mal funcionamiento del trabajo con ellos, especialmente el realizado con personas con discapacidad. Tras el análisis de las dificultades y los motivos, el siguiente paso sería la propuesta de pequeñas soluciones posibles para mejorar esta comunicación y facilitar así el cumplimiento de la responsabilidad social que tiene el museo. Para realizar esta investigación, se consideró que el Museo Thyssen-Bornemisza de Madrid era el lugar idóneo para llevarlo a cabo a través de las prácticas de máster, tras el encuentro con el Área de Educación y el conocimiento su programa educativo y de acción social, del cual no existe suficiente información fuera de las paredes del departamento. Este hecho pone de manifiesto ese problema de visibilidad antes mencionado.

Para el Departamento de Educación del Museo Thyssen Bornemisza de Madrid, la creatividad ha constituido un pilar fundamental desde su nacimiento. Creatividad que debe servir, no solo para mirar las obras, sino a nosotros mismos a través de ellas. Esta, parte del otro, de sus públicos, a los que siente la necesidad de escuchar y hacer protagonistas de su propio aprendizaje. Su trabajo abarca, tanto la educación formal, de ámbito académico y escolar, como no formal, constituido por el ámbito familiar y de ocio, así como la responsabilidad respecto a la educación y acción social, que es donde se centra el interés de este trabajo. En este ámbito, se encuentra el proyecto *Red de Públicos*:

Un espacio en donde las personas con diversidad funcional, sus familias, profesionales que trabajan con ellos y las organizaciones y comunidades correspondientes encuentran en el museo un lugar en el que desarrollar de la mejor manera posible sus capacidades y en la que acceden a los mismos servicios y cuentan con las mismas oportunidades que el resto de visitantes,

teniendo el añadido además de dotarlos de un régimen de visibilidad en la que pasan de ser demandadores de servicios comunitarios a ser generadores de los mismos. (Gamonedá, en Carnacea y Lozano, 2011, p. 288).

Además, a principios de 2014, en el encuentro que tuvo lugar en el Centro de Usera, entre los profesionales sanitarios de todos los centros de la red de *Madrid Salud (CMS)*, especializados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, y los estudiantes del *Máster de Educación Artística en Instituciones Sociales y Culturales* de la facultad de Bellas Artes en el que se mostró el trabajo que se venía realizando desde 2012 por los estudiantes de la universidad en dicho centro, se establece el contacto con el *Centro de Promoción de Hábitos Saludables (CPHS)*. Este primer encuentro concluyó con la posibilidad de colaborar con ellos en un programa en el que integrar, arte, visitas al museo Thyssen y los hábitos saludables que trabajaban en el marco del proyecto *ALAS (Alimentación, Actividad Física y Salud)*, adaptado a colectivos vulnerables con discapacidad de origen psíquico: Trastorno Mental Severo, Síndrome de Down e Inteligencia Límite, y que será detallado más adelante. Tras la firma del convenio entre el Museo Thyssen, CPHS y la Universidad Complutense, para el diseño conjunto de un proyecto piloto con el que poder trabajar estos hábitos a través de visitas al museo y talleres de arte, se concreta trabajar con un grupo de personas con *Funcionamiento Intelectual Ligero (FIL)*, también denominado *inteligencia límite* o *discapacidad intelectual ligera*. En este mismo momento, se comienzan a plantear, junto al departamento de educación del museo, las líneas de actuación que se presenta a la dirección de la ADISLI, asociación a la que pertenecen los participantes, y al CPHS. Este primer texto se redacta siguiendo: la hipótesis inicial y los conceptos básicos de hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico proporcionados por el centro.

Los participantes son socios y usuarios de *ADISLI (Asociación para la Atención de Personas con Discapacidad Intelectual Ligera e Inteligencia Límite)*, una entidad sin ánimo de lucro, cuya misión es la socialización de las personas con discapacidad intelectual ligera a través de la promoción de su autonomía y desarrollo personal, llevada a cabo con los apoyos necesarios y una intervención individualizada acorde a la realidad de cada persona. Asimismo, concentra sus esfuerzos en fomentar las capacidades de cada persona, promover la adquisición de competencias y de habilidades personales, sociales y laborales que proporcionen calidad de vida y una situación normalizada. Existen unas actuaciones previas del CPHS con los usuarios de ADISLI, en materia de hábitos saludables, que se verán con más detalle en el apartado de antecedentes. De esta manera:

- El Museo Thyssen: constituye el espacio físico en el que llevar a cabo esta propuesta, proporcionando las bases sobre las que guiar el trabajo, a través de su experiencia en la acción social.
- El CPHS: realiza la demanda que da lugar al diseño del programa, proporciona los contenidos iniciales de hábitos saludables, y colabora en el rediseño de dichos contenidos durante la experiencia. Se trata del segundo espacio físico de actuación.
- ADISLI: a través de la propuesta del CPHS, sus socios son los participantes de las actividades.

3. HIPÓTESIS

Al comienzo de la investigación se formula una hipótesis inicial: *Personas con discapacidad intelectual/inteligencia límite pueden aprender hábitos saludables a través del arte y el museo*, pero, la población diana que finalmente se propone, ya había realizado los talleres de ALAS, por lo que tenían interiorizados, de forma teórica, los contenidos de hábitos saludables que tratan desde el CPHS. Por lo tanto, en el trascurso de la primera sesión se advierte que continuar por esa línea no tiene validez y que es necesario avanzar hacia unas líneas de trabajo que incidan en la responsabilidad, la autonomía y la experiencia. Esto lleva a la formulación de una nueva hipótesis, acorde con la nueva situación que se plantea:

El arte y el museo generan experiencias significativas en torno a hábitos saludables con personas con Funcionamiento Intelectual Límite.

Los cambios se sucederán a lo largo de todas las sesiones del proyecto, debido a las cuestiones inesperadas. En consecuencia, resulta esencial la flexibilidad para cumplir la función real del programa: beneficiar a los participantes.

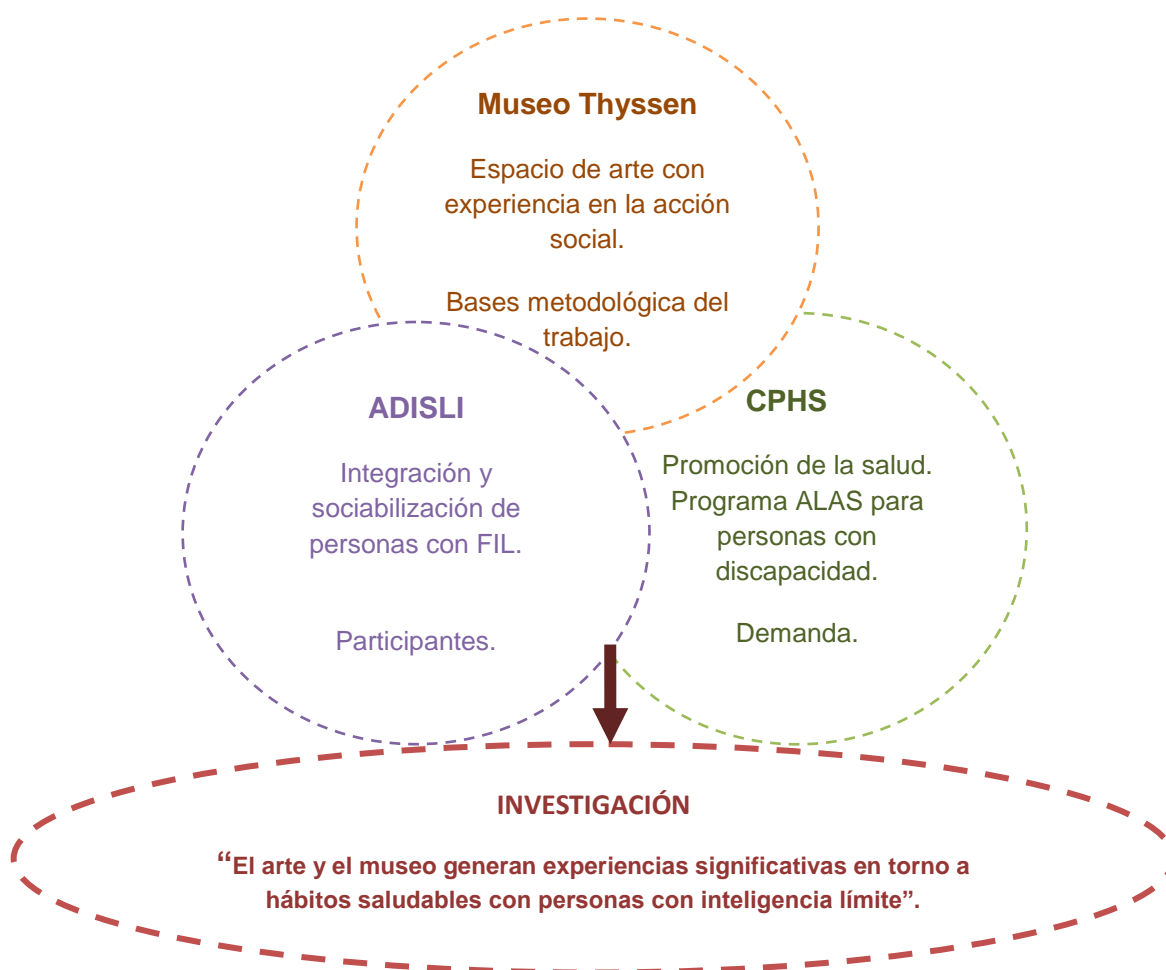


Fig. 1. Justificación e hipótesis

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN/ANTECEDENTES (Ver Fig. 2 en anexo 14.2.)

4.1. MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE CURARTE I+D Y MADRID SALUD COMO PRIMER ANTECEDENTE. EL CMS USERA.

En 2012 se firma un convenio de colaboración entre el *Proyecto CurArte I+D* y el organismo *Madrid Salud-CMS del Ayuntamiento de Madrid* (anexo 14.1). En él se establece un acuerdo de prácticas de estudiantes en *Talleres de Arte y Creatividad en contextos de Salud*. *CurArte I+D*, es un proyecto que pertenece al Departamento de Didáctica de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Complutense de Madrid y el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Salamanca, cuya dedicación se enmarca en la realización prácticas artísticas y educativas como herramienta para los contextos de salud (Ávila, 2014). Desde 2003 trabaja por encontrar nexos entre dos ámbitos, que aparentemente no tienen conexión entre si.

El espacio concreto de actuación de este convenio, gracias al cual, alumnos de grado y doctorado han podido desarrollar proyectos e investigaciones de educación artística, es el Centro de Usera de la red de centros Madrid Salud. Los Centros Madrid Salud (CMS), se definen a sí mismos como “centros municipales especializados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y otros problemas de salud” (http://www.madridsalud.es/centros/centros_ms_CMS.php). Por lo tanto su objetivo no es tratar la enfermedad, sino prevenirla para conseguir una mayor calidad de vida. Estos proyectos han supuesto herramientas muy valiosas para los psicólogos y profesionales, así como para la población del barrio, gracias al potencial del arte como medio de expresión y facilitador de las relaciones sociales. Algunas de las propuestas más significativas, que se consideran como referencia inicial de la propuesta de esta investigación por los conceptos, contenidos y temas que tratan, son: *Un salón para todos* y *Proyecto Mesa*. Ambos micro-proyectos, y junto con *Análisis y Retención*, *Compartir las miradas* y *Engranaje Sináptico*, se engloban dentro de *Botiquín*, una plataforma que pretende “proponer nuevas formas de mirar la alimentación, la memoria y la participación ciudadana desde el arte” (<http://artebotiquin.blogspot.com.es/>) en el Centro de Madrid Salud de Usera.

4.1.1. UN SALÓN PARA TODOS

En primer lugar, y en lo que se refiere a la población joven del barrio madrileño de Usera, el CMS, constituye un espacio a su disposición para prestarles ayuda y asesoramiento en las cuestiones que les preocupa, como por ejemplo, salud sexual y reproductiva. El centro advierte que no acuden a este de forma natural y voluntaria, generándose así una demanda: conseguir que lo frecuenten y hagan uso de sus servicios. Para lograr este objetivo era necesario que el espacio resultara familiar y cómodo para ellos, por lo que se debían encontrar las estrategias que lo consiguieran a través de la pregunta *¿por qué no resulta un espacio confortable?* La respuesta fue casi inmediata: el aspecto de los espacios del Centro es el de un ambulatorio médico y recuerda demasiado a la enfermedad. En este punto, se concreta el modo en el que se debe abordar la cuestión: crear un espacio que corresponda a esa necesidad de familiaridad y confortabilidad, porque “el espacio que nos rodea es mucho más importante de lo que pensamos” (Acaso, 2013, p.106). De este modo, sería necesario transformar y redecorar el espacio, creando uno nuevo, despojado de las connotaciones negativas del espacio sanitario.

Un Salón para todos “tuvo como punto de partida la creación de mobiliario para una de las salas de espera del centro, pero desde una visión familiar, modificando así la idea

aséptica de sala de espera” (<http://unsalonparatodos.blogspot.com.es/p/cms-usera.html>). Además, como lo que se pretendía era involucrar a la población joven en la actividad del CMS, se llevó la propuesta al instituto del barrio. Ellos mismos, los adolescentes de Usera, realizaron el trabajo: recogida de muebles, restauración de estos, toma de decisiones sobre cómo debían ser y dónde debían colocarse, etc.

4.1.2. PROYECTO MESA

En este mismo lugar, y por iniciativa de otras alumnas de grado en Bellas Artes, se lleva a cabo *el Proyecto Mesa*. Esta propuesta, relacionada con la alimentación sana y la prevención de enfermedades referentes a esta, consiste en crear, a partir de un tema común, una receta propia. De este modo, y mediante un proceso creativo de reflexión sobre conceptos que no están directamente relacionados con la comida, cada persona crea su original y única receta ajustada a sus necesidades. Mediante la elección de los ingredientes, los participantes toman la responsabilidad de formar parte de sus propios hábitos saludables. Por otro lado, el objetivo no es únicamente la creación individual de la receta, sino compartirlas con los participantes, en primer lugar, y con todas las personas que quieran utilizarla, a través del tablón del cetro o del blog creado para su difusión. *Proyecto Mesa* trabaja por el bienestar social, creando una comunidad que intercambia y comparte el conocimiento a partir de un hilo conductor: una receta de cocina.

4.2. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PUNTO DE PARTIDA: LOS AGENTES IMPLICADOS: CPHS, ADISLI, MUSEO THYSSEN BORNEMISZA DE MADRID.

4.2.1. CENTRO DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES (CPHS): EL PROGRAMA ALAS (Alimentación, Actividad física y Salud) Y WAP (Walking People).

El CPHS, pertenece a la red de Centros de Madrid Salud. Es un centro monográfico que no atiende solo a la población de un barrio específico de Madrid, como el de Usera, sino que pretende fomentar la adopción de hábitos saludables en toda la población madrileña, a través de programas de: salud sexual y reproductiva, prevención y control del tabaquismo, psicohigiene y control de la ansiedad, habilidades comunicativas y mejora de relación interpersonal, y alimentación y ejercicio físico: control de sobrepeso. En este último programa, denominado ALAS, se enmarca esta investigación.

EL PROGRAMA ALAS.

El programa ALAS (Alimentación, Actividad Física y Salud), lleva implantado, desde 2011, en los dieciséis Centros de Madrid Salud que dan servicio a los veintidós distritos de la ciudad y en dos centros monográficos entre los que se encuentra el CPHS. Se trata de una adaptación de, por un lado, la *Estrategia Mundial de Alimentación y Actividad Física* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, por el otro, de la *Estrategia Gente Saludable* del Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, de la Comunidad de Madrid.

Entre los objetivos de ALAS, que han servido de punto de partida para el diseño de esta propuesta, se encuentran: promover los hábitos saludables de alimentación sana y prevenir el sedentarismo, consolidar los cambios de hábitos en el tiempo, incidir en la autonomía y toma de decisiones, promover la integración y participación en la comunidad, y establecer alianzas para una actuación conjunta e intercambio con otras organizaciones. Es decir, no solo se interesa por los aspectos relacionados con la alimentación y actividad física, sino que se tiene en especial consideración los objetivos transversales, fundamentales para rediseñar el contexto de la vida cotidiana y facilitar las opciones saludables.

Las formas de intervención que propone son, por un lado individual, en consulta, donde se tratan problemas concretos de una persona, y, por otro, grupal, especialmente con los grupos con mayor riesgo, como puede ser la discapacidad o la enfermedad mental. La finalidad de este tipo de intervención es aquella de mejorar los factores ambientales y sociales que afecten a la salud de todo un colectivo. La intervención grupal se lleva a cabo en forma de Aula o Taller.

Durante la implementación, la dirección del proyecto advierte que esta población con mayor riesgo no acude de forma autónoma a estas actividades, por lo que el centro debe acercarse a su entorno. De este modo, se lleva a cabo una adaptación del programa a colectivos con discapacidad intelectual (Síndrome de Down), enfermedad mental e inteligencia límite. Es en esta adaptación donde entra en juego esta propuesta de investigación.

La planificación de las intervenciones ALAS, ya sean individuales o grupales, se llevan a cabo mediante una consecución de actuaciones: establecimiento de alianza, análisis de la situación, priorización de intervenciones, desarrollo e implementación de intervenciones, seguimiento y evaluación. Estos cinco pasos también han servido como punto de partida para la planificación de este trabajo.

La intervención grupal: Talleres y Aulas ALAS.

Los Talleres y Aulas ALAS, pretenden promover, en la población general, el interés por la alimentación sana y el ejercicio físico, así como la reflexión de los propios hábitos y la idea de la posibilidad de cambio cuando no son adecuados. Los contenidos de ambos son los mismos: conceptos y funciones de nutrición, grupos de alimentos, dieta equilibrada, compra informada (etiquetaje), conceptos sobre actividad física, efectos sobre la salud de la alimentación y la actividad física, reflexión sobre la dificultad de adquirir otros hábitos y las alternativas, y recomendaciones. La diferencia está en la duración, en la profundización en dichos contenidos y en el tamaño de los grupos, siendo: talleres de tres sesiones de dos horas para un grupo de 15 a 20 personas, o aulas de una sesión de dos horas y media para 30 a 40 personas. Ambos, van dirigidos, tanto, a todos los habitantes de Madrid, la que denominan “estrategia poblacional”, como hacia las personas con mayores posibilidades de perder la salud debido a una alimentación inadecuada y al sedentarismo, *estrategia de alto riesgo*. En la segunda, los contenidos se subdividen en dos grupos: de prevención de la diabetes, y de riesgo por sobrepeso. En el primer subgrupo de las aulas y talleres toman el nombre de *ARDI (Alto Riesgo de Diabetes)* y el segundo *PCOS (Para Control de la Obesidad y el Sobrepeso)*.

WALKING PEOPLE.

El proyecto *Walking People (WAP)*, financiado por la Unión Europea y en el que participa una gran cantidad de ciudades europeas tales como Florencia o Desdre, tiene como objetivo la promoción del ejercicio físico en áreas urbanas, mediante la creación de rutas adaptadas para caminar. En Madrid se ha creado una red de 25 kilómetros de rutas adaptadas a diferentes grupos de población, que están distribuidas en nueve circuitos: dos en el centro histórico y los otros siete junto a los CMS de Arganzuela, Ciudad Lineal, San Blas, Usera, Villa de Vallecas, Vicálvaro y Villaverde. Con esta iniciativa, además de promover la actividad física y la promoción de la salud, se pretende motivar la movilidad peatonal y sostenible en las ciudades, así como el valor turístico de Madrid.

4.2.2. ASOCIACIÓN ADISLI.

Los participantes y beneficiarios de este proyecto son los socios de la asociación ADISLI:

Una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, que trabaja por la socialización de las personas con discapacidad intelectual ligera o inteligencia

límite, facilitándoles los apoyos necesarios a lo largo de su vida para que puedan llevar una vida lo más normalizada posible (<http://adisli.org/>).

Considera que cada persona es diferente, por lo que realiza un análisis exhaustivo de la realidad de cada persona, así como de sus apoyos familiares, para configurar un itinerario personalizado de sociabilización (IPS) que sea acorde a la edad, intereses, necesidades, capacidades y limitaciones. Este IPS, recoge los objetivos que se desea conseguir de cada uno de los socios en la participación de las áreas *Convive*, *Comparte* y *Emplea-T*.

En primer lugar, *Convive*, cuyos objetivos son: mejorar la autonomía, la vida independiente en el hogar, la vida en sociedad, y evitar las situaciones de abuso, centra su trabajo en todas las áreas del desarrollo personal: emocional, instrumental, cognitiva y relacional. Para ello, desarrolla una serie de programas específicos de *Autoconocimiento y mejora de la autoestima*, *Habilidades sociales y resolución conflictos*, *Toma de decisiones*, *Higiene y cuidado personal*, *Vivienda y vida activa*, entre otros. En segundo, *Comparte*, dirige sus esfuerzos en mejorar la autonomía y la calidad del tiempo de ocio de las personas con FIL. Mediante actividades como *Me siento Bien*, *Deporte*, *Aprendizajes en comunidad*, *Haciendo cultura o Grupo de amigos*, pretende mejorar las habilidades de organización, planificación y relaciones sociales, necesarias para desenvolverse de manera autónoma en la comunidad. Por último, con *Emplea-T*, proporciona los apoyos necesarios en materia de empleo durante toda la trayectoria formativa y profesional, con la finalidad de llevar a cabo la inserción en el mercado laboral, gran paso para la autonomía de la persona. En definitiva, ADISLI, con el trabajo en todas las áreas del desarrollo personal, tiene la misión de mejorar la calidad de vida de las personas con FIL, incluyendo la salud mental y física.

4.2.2.1. HISTÓRICO DE COLABORACIÓN: CPHS Y ADISLI.

El antecedente directo de este proyecto de investigación, está constituido por los talleres y aulas impartidas por el CPHS a los usuarios de ADISLI. El contacto entre ambas instituciones, se produjo, en 2013, a través de un mediador que llegó a concretar alianzas con los responsables de la asociación, quienes consideraron que, aunque sólo 38 de los 193 asociados tienen problemas de sobrepeso, la mayoría tienen muy malos hábitos alimenticios y son sedentarios. Por lo tanto se encontraban en una situación de vulnerabilidad ante la posibilidad de perder la salud. Debido a esto, decidieron que debían participar en los talleres de ALAS.

En un primer lugar se concretaron una serie de actividades de sensibilización e información en la sede de la organización, tanto para los usuarios, como para las familias y cuidadores, con el fin de abarcar todo el contexto de estas personas. En un segundo momento, se concretaron la realización de *Talleres de Alto riesgo PCOS*, y *mixtos* (prediabético y sobrepeso), como un siguiente paso hacia la adopción de los hábitos de vida saludable con el objetivo de prevenir la diabetes y controlar el sobrepeso. Y por último, se activó a estos usuarios en la estrategia *WAP*, para incidir, a través de la experiencia directa, en la importancia de la actividad física en la vida cotidiana.



Fig. 3. Colaboración CPHS y ADISLI

4.2.3. EL MUSEO THYSSEN BORNEMIZSA DE MADRID. ACCIÓN SOCIAL: RED DE PÚBLICOS Y LABORATORIO DE DIVERSIDAD.

El Museo Thyssen-Bornemizsa de Madrid, ha constituido el espacio físico más importante en el que se ha puesto en práctica las actividades de este estudio. Su departamento educativo se establece como antecedente directo respecto a la metodología de trabajo con colectivos de diversidad.

El museo, cree necesario escuchar a sus públicos y convertirlos en los protagonistas de su aprendizaje. Considera importante el empoderamiento y la inclusión del visitante haciendo a este co-creador de su experiencia en el museo. Sostiene, además, que el arte debe servir como herramienta para cuestionar, de forma crítica, a nosotros mismos, a los otros y a la sociedad, incidiendo en el diálogo ante la obra, el respeto del otro y la multiplicidad de realidades y lecturas. Afirma que la diversidad de públicos es un elemento fundamental, por lo que siente necesario construir un museo que atienda a todos y que los integre en los programas como protagonistas de estos (Moreno, en Carnacea y Lozano, 2011).

Estos objetivos, se enmarcan dentro del proyecto, antes definido, *Red de Públicos*, nacido de la idea del museo y sus colecciones como patrimonio de la ciudad y sus ciudadanos y de la responsabilidad que tiene éste de abrirlo a la mayor cantidad de públicos posibles. Pretende convertirse en un lugar de encuentro, experiencia, intercambio, investigación y aprendizaje entre ellos. Ya desde su creación, en 1992, se puso en marcha un servicio de voluntariado, que aún está en funcionamiento, con la intención de realizar actividades para colectivos con diversidad funcional y tercera edad. Entre los años 2004 y 2007 se llevaron a cabo una serie de experiencias con personas con diversidad funcional, intelectual y psíquica, que sirvieron para detectar las necesidades de estos colectivos. A partir de 2007 comenzó a trabajar en las estrategias que dieron lugar a los programas para público con necesidades especiales, en los que, tanto los visitantes, como los profesionales acompañantes “encuentran en el museo un importante recurso social, educativo y rehabilitador” (Gamoneda, 2011, p. 287).

Se trata de una red de trabajo que interrelacione colectivos, asociaciones, profesionales y visitantes, generando un intercambio de miradas (Gamoneda, 2011), cuyos objetivos específicos son:

- Dar una opción de ocio de calidad en un espacio normalizado.
- Acercar el museo al mayor espectro de público posible, a través un modelo de normalidad basado en la diversidad.
- Convertir el museo en una realidad cotidiana.

- Generar posibilidades de integración y visibilización con el resto del público habitual.
- Desarrollar materiales didácticos creados en red con los profesionales socio-sanitarios y los colectivos.
- Crear redes de trabajo entre los colectivos.
- Empoderar al visitante permitiéndole ser co-creador de su experiencia en el museo.

Estos objetivos se materializan mediante una metodología basada en el diálogo, tanto del que se genera entre el visitante y la obra, como entre los visitantes en torno a ellas, mediante el cual poder confrontar la propia visión del mundo con otras. También, se apoya en la idea de la imagen como potenciadora de la narrativa personal del espectador y generadora de experiencias, y en la escucha atenta y compartida por parte de un grupo (Gamoneda, 2011). Como tercer punto importante en este proceso, se encuentra la presencia del profesional socio-sanitario, ya sea psicólogo, psiquiatra, terapeuta, trabajador social, o integrador, como una parte importante, tanto en el diseño de los contenidos y actividades, así como en la participación en la visita: uno más que asume los mismos riesgos de opinar. De esta manera, resulta fundamental la creación de una red de trabajo entre diferentes profesionales para generar contenidos y actividades que tengan una consecuencia real para los visitantes (Gamoneda, 2011). Esta plataforma de trabajo en red e intercambio entre profesionales de diferentes ámbitos es el *Laboratorio de Diversidad*. Por lo tanto, *Red de Públicos* y *Laboratorio de Diversidad*, están estrechamente relacionados, de tal manera que se confunden las fronteras entre uno y otro.

4.2.3.1. EJEMPLOS: Día Internacional de los museos y Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (Centro de Rehabilitación Psicosocial “Latina”).

Se han seleccionado dos ejemplos que sirven para ilustrar de forma clara el trabajo llevado a cabo en *Red de Públicos* y *Laboratorio de Diversidad*.

Día Internacional de los museos.

El Día Internacional del Museo se celebra en todo el mundo desde 1977, según la resolución 5, tomada en la XII Asamblea General del ICOM en Moscú. El 18 de mayo de cada año, este evento ofrece la oportunidad a los museos y a sus profesionales de abrirse y acercarse al público, es decir, a la sociedad, siguiendo el espíritu que lo

impulsa: “Los Museos son un importante instrumento para el intercambio cultural, el enriquecimiento de las culturas y en el avance del mutuo entendimiento, de la cooperación y de la paz entre los pueblos” (<http://www.icom-ce.org>).

El museo Thyssen, organiza para este día una gran cantidad de actividades en las que tienen cabida todos los públicos. Entre estas actividades se encuentran las explicaciones de las obras en sala por parte de usuarios de los diferentes colectivos que participan en Red de Públicos. Estos, que comienzan siendo visitantes, se apoderan del rol del educador y realizan una mediación de las obras para otros públicos, convirtiéndose en una parte activa de la vida del museo.

Proyecto de Capacitación y Empoderamiento a través del Arte (Centro de Rehabilitación Psicosocial “Latina”).

Este proyecto surge mediante el contacto con el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Latina, cuya intención fue generar oportunidades de participación directa con la comunidad y desarrollar capacidades de empoderamiento que permitan a la persona asumir nuevos desafíos. La herramienta utilizada es el arte, favorecedora de la expresión emocional y, en consecuencia, de uno mismo. El proyecto se pensó como un periodo evolutivo en 5 etapas, que abarcan los objetivos mencionados: visitas en grupo al museo, toma de posesión, por parte de los usuarios, del rol de mediador en el Día Internacional de los Museos, incorporación de estos al programa de voluntariado, participación en las reuniones profesionales y descripción del proyecto a otros colectivos. Este trabajo con el CRPS Latina, que comenzó en 2007, continúa activo en la actualidad, involucrando a diferentes usuarios con enfermedad mental, y no tiene fecha de conclusión establecida.

4.3. OTROS ANTECEDENTES: MUSEOS.

Tras observar el posicionamiento, el trabajo ante la diversidad y la función social del principal escenario de esta propuesta, se pueden encontrar similitudes con los departamentos educativos de otros museos en cuanto a filosofía y metodología de trabajo, en general, y ante la diversidad, en particular.

4.3.1. EL MUSAC.

Como ejemplo concreto, ha servido de apoyo para este estudio las experiencias llevadas a cabo en el Museo de Arte Contemporáneo (MUSAC) de León por el Departamento de Educación y Acción Cultural (DEAC). El MUSAC se autodenomina “un museo del presente” (Sola, en Calaf, Fontal y Valle (coords.), 2003, p. 251) ya que su colección está

constituida por el arte desde los años 80 hasta la actualidad. En el DEAC, la labor educativa y la acción cultural son considerados por Agustín Pérez Rubio, director del museo en 2010, como “pilar fundamental dentro del museo, y no como parte pasiva o secundaria” (Sola, 2010, p 9) y por Olaia Fontal, como “el aparato digestivo” (Sola, 2010, p. 10). En esta metáfora, en la que el público es el alimento del museo, cobra importancia, por un lado, que este lo habite y lo sienta parte de su cotidianidad, y por el otro, la diversidad, la mezcla de las diferentes personas que viven en él. Todos estos públicos están incluidos en un programa educativo basado en: la experiencia y la experimentación, la participación y acción, el proceso y la producción artística, y, en el diálogo y la horizontalidad.

Dentro del trabajo del DEAC, se pueden encontrar experiencias concretas con colectivos con diferentes capacidades, como los centros de ASPRONA, una asociación para la defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias. Tuvieron lugar una serie de experiencias programadas en colaboración con los profesionales socio-sanitarios del centro, no solo en la elaboración de contenidos y programaciones, sino también en la participación para la creación de un espacio de horizontalidad. El objetivo marcado fue preparar al usuario para que se desenvuelva en el medio que le rodea con la mayor autonomía posible, a través de visitas al museo y la elaboración de proyectos específicos. Estos, se relacionaban con las producciones artísticas contemporáneas que favorecieran la superación de dificultades, las capacidades sensoriales y cognitivas, y las habilidades sociales. De este modo, la obra *Untitled 1999 (Caravan)* de Rirkirit Tiravanija, perteneciente exposición Fusión (2005) y pensada para ser usada generando relaciones sociales, sirvió a los usuarios de ASPRONA, para compartir un tiempo de socialización en términos de igualdad. Mediante el uso de la caravana para merendar, leer, descansar, etc., pusieron en marcha el desarrollo de las habilidades sociales y las relaciones personales (Teixeira, en Sola, 2011).

4.3.2. CENTRE D'ART LA PANERA.

El centre d' Art La panera, nace en 2003 como “una plataforma de producción, difusión, formación y exhibición de las artes visuales...pretende ser un instrumento que establezca puentes entre la creación visual y la creación producida en otros ámbitos culturales” (Ayuso & Sanjuan, en Acaso, 2001, p. 94). Sus exposiciones giran en torno a cuestiones del momento y son usadas como herramienta de conocimiento pensado para todos sus públicos, a través de una propuesta educativa dirigida a la inclusión de todos ellos. De

este modo, entiende el arte contemporáneo como herramienta educativa y de inclusión social. Lleva a cabo un enorme trabajo con colectivos con necesidades especiales, siguiendo unas líneas de trabajo en torno a la construcción conjunta de proyectos con los educadores y profesionales socio-sanitarios. Las reuniones entre ellos sirvieron para a para: conocer la exposición, los conceptos y las capacidades, y crear, de forma conjunta, los objetivos. Además, al finalizar, los grupos pueden realizar actividades en una Jornada de Puertas Abiertas organizada por el centro para visibilizar el trabajo realizado.

Un ejemplo concreto de esto es el Taller Casa Dalmases, con un grupo de 14 personas con discapacidad intelectual de la Associació Alba-Centre Ocupacional l'Espígol Cervera y Sant Joan de Déu, Almacelles. Tuvo lugar en la Casa Dalmases-Massot, un antiguo palacio del XVIII, que se convirtió en una gran sala expositiva, donde los participantes, organizaron una exposición de las obras realizadas con los objetos apilados que encontraron en el propio palacio y recogieron para narrar una experiencia personal.

5. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS.

- Presentar la colección del museo Thyssen como vehículo de aprendizaje en hábitos saludables.
 - Comprobar el nivel de conocimientos sobre los hábitos saludables.
 - Detectar cuestiones y problemas referentes a la salud y a los hábitos de los participantes (a través del diálogo frente a la obra).
 - Ampliar los conceptos de hábitos saludables más allá de la alimentación y el ejercicio físico.
- Crear un espacio normalizado y horizontal entre los participantes y las personas de referencia: educadores, profesionales del ámbito socio-sanitario y acompañantes.
 - Generar un espacio de inclusión.
 - Establecer vínculos que favorezcan un entorno de confianza.
 - Fomentar las habilidades sociales.
 - Promover el respeto al otro y la diversidad de opinión.
- Conseguir cierto nivel de autonomía y autoestima en los participantes.
 - Impulsar la toma de decisiones y la responsabilidad respecto a la propia salud.
 - Incidir en la propia experiencia.

6. METODOLOGÍA

6.1. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA COMO MARCO METODOLÓGICO PARA INVESTIGAR.

En el presente trabajo se utiliza la imagen artística como nexo de conceptos y experiencias, aparentemente desprovistas de conexiones, así como vehículo favorecedor de comunicación y expresión tanto, para los participantes, como para educadores y profesionales socio-sanitarios.

El estudio se va a fundamentar según los preceptos de la investigación cualitativa en humanidades y ciencias sociales. En el texto sobre metodología de investigación cualitativa de Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1999), se recoge la definición que Lincoln y Denzin dieron en 1994 de esta:

La investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y físicas. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Es multiparadigmática en su enfoque. Los que la practican son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana. Al mismo tiempo, el campo es inherentemente político y construido por múltiples posiciones éticas y políticas (p.32).

Este tipo de investigación atiende a nuevas formas de pensar, ver e interpretar que no pueden mirarse desde la perspectiva positivista, objetiva y neutral. Se trata de un proceso multicultural, en el que cuestiones como raza, género, y sexo, así como el contexto y las condiciones específicas de los colectivos influyen y determinan las características y comportamientos de las personas que van a ser estudiadas.

Aunque existen diferentes enfoques y perspectivas en la investigación cualitativa, todas ellas comparten unas características comunes. En primer lugar, en su condición multidisciplinar, conecta todas las ciencias y disciplinas, métodos y estrategias; holística, puesto que tiene una visión amplia en la que se incluyen personas, escenarios, situaciones, palabras, e implica el uso y recogida de gran cantidad de material diverso contenedor de valiosa información (fotografías, entrevistas, historias, experiencias personales, etc); inductiva, es decir, parte de la realidad, el contexto, y teoriza con posterioridad a través de los datos extraídos de este, teniendo en cuenta el significado de los sucesos para las personas implicadas. Por último, el diseño metodológico se va

construyendo a medida que avanza el proceso, lo que da especial importancia a la observación del investigador. De este modo, el investigador constituye el principal instrumento de investigación, quien debe tratar de comprender a las personas en su contexto y valorar todas las perspectivas para llevar a cabo su misión: debe comprender y explicar las formas en que las personas actúan y manejan sus situaciones cotidianas. Además, debe ser consciente y sensible al efecto que crea sobre las personas objeto de estudio, ya que, debido al contacto prolongado con el campo, la relación establecida con estas es más o menos estrecha.

En definitiva, se podría afirmar que la investigación cualitativa trata de comprender a través de las interrelaciones que se desarrollan en la realidad, de la experiencia, el valor de las múltiples realidades y la construcción del conocimiento.

6.2. MÉTODOS Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

En el proceso de esta investigación cualitativa se diferencian cinco fases: demanda y definición del problema, diseño conjunto del trabajo, recogida de datos, análisis de estos, e informe y validación.

En cuanto al método escogido para este estudio es la Investigación-Acción, entendiendo método como “la forma característica de investigar determinada por la intención sustantiva y el enfoque que la orienta” (Rodríguez Gómez, et. al., 1999, p.40).

6.2.1 LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: Museo, asociaciones, participantes y educares. I-A Cooperativa. I-A Participativa.

Kemmis, 1988, citado por Rodríguez Gómez et. al., define este método de investigación como:

Una forma de búsqueda autorreflexiva, llevada a cabo por los participantes en situaciones sociales (incluyendo las educativas), para perfeccionar la lógica y la equidad de a) las propias prácticas sociales o educativas en las que se efectúa estas prácticas, b) comprensión de estas prácticas, y c) las situaciones en las que se efectúan estas prácticas. (.53).

La Investigación-Acción es un método flexible y democrático, que rompe con la dicotomía teoría-práctica, puesto que se basa en el papel activo de, por un lado, el investigador, y por el otro, los sujetos que participan. Los problemas de dichos sujetos, surgidos durante la práctica, van determinando y configurando el tema de investigación, mediante un ejercicio de reflexión constante durante el proceso. Esta realidad cambiante exige una

flexibilidad que permite readaptarse a lo inesperado en beneficio de los sujetos y del estudio. En el caso concreto de este, se produjo un cambio en la hipótesis inicial durante el transcurso de las sesiones al comprobar, durante la práctica, el nivel de conocimientos previos que los participantes tenían sobre los conceptos de alimentación sana y ejercicio físico. Así, se pasó de investigar cómo aprender hábitos saludables a través del arte, a, cómo transformar esos conocimientos saludables en experiencias significativas, usando la obra de arte como instrumento.

Museo, asociaciones, participantes y educadores.

En este tipo de investigación, tiene lugar la unión entre el investigador y el investigado, produciéndose una relación de confianza entre ambos. Esta relación, se traduce en la formación de un grupo-comunidad, en la que la información intercambiada es transparente. La formación del grupo a través de vínculos y confianza se establece como uno de los objetivos, para lo que se cree necesario que todos los participantes hablen de forma sincera de su experiencia. Para lograrlo se aceptó como norma no emitir juicios de valor sobre las opiniones y acciones narradas, así como valorar la autenticidad de la información proporcionada para establecer un debate basado en la diversidad de opinión y el respeto. En este momento, se habla de un método democrático y comunitario, donde se le da importancia, tanto a las aportaciones de los participantes con discapacidad intelectual, como a la de los profesionales que les rodea, como a las del investigador. De esta manera, se aboga por un diseño conjunto de contenidos, entre el investigador, los profesionales del museo, ADISLI, CPHS, y los propios sujetos, acorde a los intereses y necesidades de cada uno de ellos, generando la implicación grupal.

El objetivo principal de la Investigación-Acción es la transformación social. Por un lado, conseguir una mejor calidad de vida de las personas participantes al estudio, no solo en cuanto a salud física (alimentación y ejercicio físico), sino también a nivel mental, y a nivel social, trabajando la autonomía y las habilidades sociales. Por otro, pretende generar un cambio en la visión de los profesionales socio-sanitarios, sobretudo en aquellos cuyo trabajo se centra en los aspectos más clínicos, respecto a las personas con discapacidad con las que trabaja. Esto se lleva a cabo a través de la creación de un espacio normalizado en el que los niveles de jerarquía se difuminen a favor de un espacio horizontal durante las actividades. En él, todos los participantes asumen los mismos riesgos en el momento de opinar.

Dentro de la Investigación-Acción, existen tres tipos: I-A del profesor, I-A participativa e I-A cooperativa. Este trabajo no puede situarse de forma completa en uno de estos, pues

su diseño se ha realizado escogiendo los elementos de cada uno de ellos que se han considerado válidos según las necesidades del estudio. Sobre todo, encontramos características de la I-A Cooperativa y Participativa.

I-A Cooperativa:

- La investigación sirve al grupo, que forma un equipo de co-autores (investigador, educador del museo, psicólogos y psiquiatras del CPHS, trabajadores de ADISLI y participantes), de forma que todos puedan obtener beneficios de acuerdo a sus objetivos e intereses.
- Los problemas estudiados se centran en las preocupaciones de todos los miembros del equipo y se busca la colaboración en la búsqueda de soluciones.
- El investigador se reeduca a sí mismo con el estudio de campo. Este estudio ha servido al investigador para conocer un perfil desconocido para él.

I-A Participativa

- El objetivo perseguido es la unidad y la transformación social, es decir, mejorar la calidad de vida de los sujetos implicados.
- El foco de atención es un grupo en riesgo de exclusión social: personas con FIL.
- El diálogo se considera la herramienta fundamental para producir conocimiento. De este modo, los contenidos fueron lo más personalizados posible para atender a sus necesidades reales.
- Por último, se trabaja para el empoderamiento de la persona a través del proceso. En esta investigación, al tratarse de un piloto, solo ha constituido el inicio de este objetivo.

6.2.2. EL ESTUDIO DE CASO: Acceso al campo.

Si el método de este trabajo ha sido la Investigación-Acción, la estrategia seguida para su diseño ha sido el estudio de caso, en concreto, el estudio de caso único, puesto que se trabaja con un solo grupo y perfil muy concreto como sujeto de estudio: 12 personas adultas con FIL, 7 mujeres y 5 hombres, socios de la asociación ADISLI y antiguos usuarios de los servicios de prevención de la salud del CPHS. Además, al tratarse de un programa piloto, el uso de esta estrategia tan específica se justifica con el hecho de querer constituir un primer análisis exploratorio. Otros motivos que explican su uso para la configuración de esta investigación son: proporcionar o ampliar el conocimiento del grupo, describir situaciones y hechos concretos, confirmar lo que ya se sabe, dar lugar a

nuevos significados, ampliar la experiencia sobre un tema en concreto y obtener la oportunidad de observar y analizar una situación y unos sujetos que eran inaccesibles. En pocas palabras, los objetivos que orientan los estudios de caso no son otros que los que guían a la investigación acción: explorar, describir, explicar, evaluar y transformar.

Acceso al campo (anexo 14.5. Ver tabla 1)

Según Rodríguez Gómez et al. (1999), el campo de investigación es el “contexto físico y social en el que tienen lugar los fenómenos objetivo de la investigación, está a menudo por definir y desborda lo previsto por el investigador” (p. 103), es decir, se trata de la situación estudiada, y por lo tanto, se considera necesario que el investigador cualitativo se integre en ella para llevar a cabo su labor de recogida de la información necesaria para su trabajo. Al tratarse de Investigación-Acción, en la que, el tema y objetivos de investigación se configuran y transforman a lo largo de la práctica, el acceso al campo se produce durante todo el proceso.

De este modo, se comienza la creación conjunta de contenidos con el resto de profesionales, a través de una serie de reuniones. En primer lugar, el punto de partida lo constituyó el evento organizado en el CMS de Usera, donde se estableció el contacto con la Jefe de sección del Centro de Promoción de Hábitos Saludables (CPHS) y se generó la demanda del programa. En segundo, se constituye el contacto con el espacio físico contenedor de la herramienta del trabajo (las obras de arte), es decir, el museo Thyssen. Al entrar en el departamento de educación con motivo de las prácticas del máster, se realiza la propuesta de colaboración con el organismo de Madrid Salud, y una vez recibido el visto bueno de la dirección, se concretar una reunión entre los responsables del departamento del museo Thyssen, los del CPHS y los investigadores de la Universidad Complutense. El motivo de esta, fue llevar a cabo una primera negociación e intercambio de información y objetivos, que proporcionara unos contenidos de los que partir. Este encuentro, dio lugar a la redacción de un primer borrador de la propuesta práctica. Este borrador se presenta, en un tercer encuentro, a la dirección de la asociación ADISLI, seleccionada como beneficiaria del proyecto. El Centro propuso a los usuarios de esta asociación como los primeros participantes del proyecto piloto, frente a personas con enfermedad mental o Síndrome de Down, argumentando que sería positivo comenzar la experiencia con un grupo más fácil y con un nivel de comprensión mayor. En este se recogieron e incluyeron las propuestas de la asociación, de manera que el texto inicial, comenzó un proceso de transformación que no finalizó hasta la última sesión.

En la primera de ellas, en el museo, se produjo la aproximación, entre, por un lado, los sujetos de estudio, el investigador y los profesionales participantes, y por el otro, de todos ellos con el espacio. La relación entre todos los factores fue cambiando y evolucionando a lo largo de los encuentros, durante los cuales se recogió información valiosa, gracias a la actuación espontánea de todas las personas que han participado y que sirvió para ir configurando el plan de actuación (*anexo 14.4*). También, tuvieron lugar reuniones después de cada una de ellas, con el educador del museo, con el que se trabajó de forma estrecha, y tras la segunda y cuarta sesión, con el CPHS. En ellas se recogió la información proporcionada y los hechos sucedidos, para, a partir de ello, cambiar, debatir y establecer las líneas de actuación siguientes. Como ya se ha explicado, este proceso de diseño del programa se produjo durante todo el tiempo que duró la implementación.

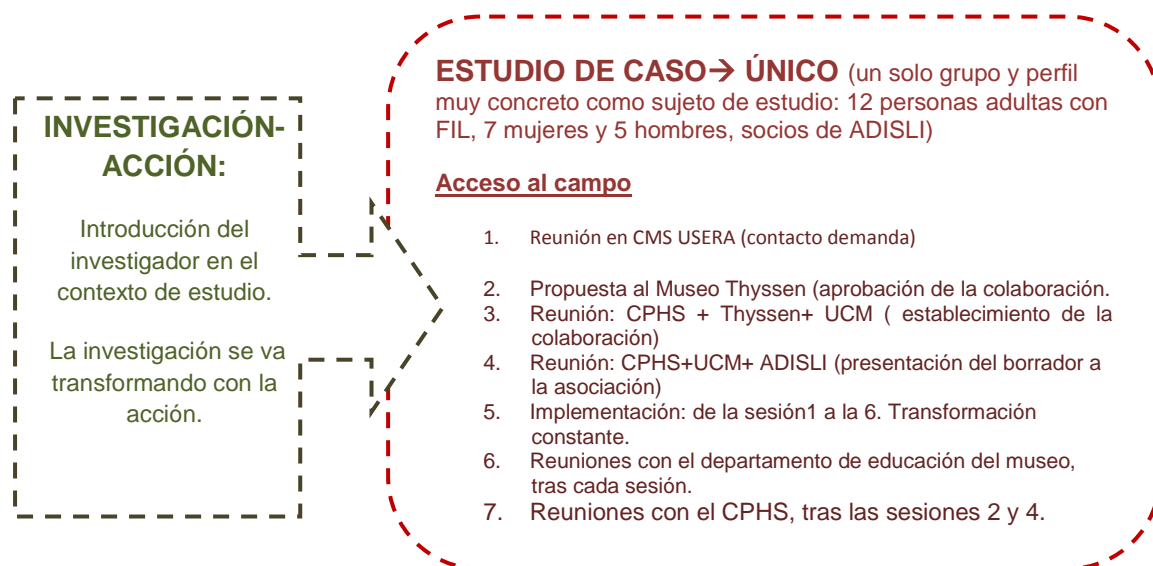


Fig. 4. Investigación-Acción y Estudio de caso único.

6.3. HERRAMIENTAS CONCRETAS DE EXTRACCIÓN DE DATOS

En este estudio de caso, se han utilizado una serie de herramientas concretas de extracción de datos, para recopilar la información que servirá para evaluar si el arte y el museo pueden generar experiencias significativas en torno a los hábitos saludables para personas con FIL. Estas informaciones atenderán a las cuatro categorías de salida establecidas: hábitos saludables, espacio compartido y autonomía, que a su vez engloban las subcategorías del siguiente cuadro, y que servirán para focalizar la atención en los puntos de interés:

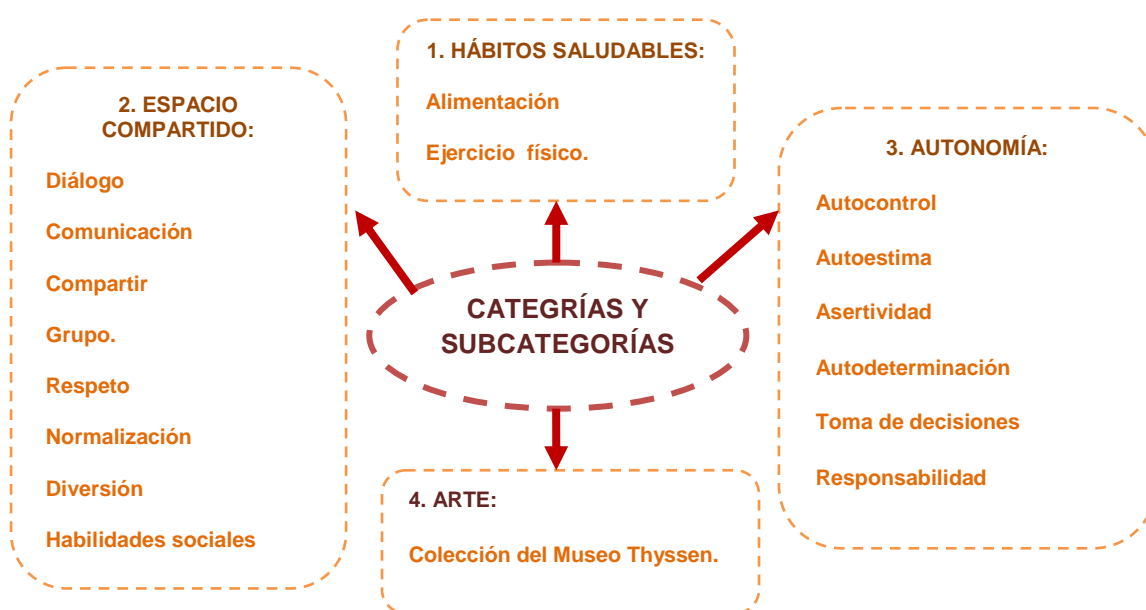


Fig. 5. Categorías y subcategorías de investigación.

Las herramientas utilizadas para este estudio se han clasificado en tres fases, ordenadas de manera, más o menos, cronológicas teniendo en cuenta que algunas de ellas se han usado durante todo el proceso. Estas fases son: diseño, implementación práctica y evaluación.

1. Diseño: las reuniones mantenidas con los profesionales que han servido para extraer la información sobre las diferentes instituciones implicadas y llevar a cabo la configuración inicial de contenidos y planes de actuación.
2. Implementación Práctica: las herramientas utilizadas en esta fase del proyecto y la información obtenida a través de ellas, han servido para continuar con la tarea de diseño y transformación de contenidos, según los sucesos inesperados y los intereses de todos los participantes. En esta ocasión han sido dos: la Observación-Participante, y el cuaderno de campo.

El segundo se trata de la materialización física, en forma de diario y con anotaciones de la Observación-Participante “un método interactivo de recogida de información que requiere una implicación del observador en los acontecimientos y los fenómenos que está observando”. (Rodríguez Gómez, et. al., 1999, p. 165). En ocasiones, la observación de las situaciones y las conductas es la mejor manera de contestar a cuestiones que no serán desentrañadas mediante preguntas, pues, a veces, los sujetos no son capaces de traducir sensaciones, ideas o conceptos con palabras. Constituye un valioso lenguaje que necesita dotes interpretativas, además de la focalización de la atención y una participación activa en las dinámicas del grupo. De

esta manera, el investigador no necesita que nadie le narre los hechos, porque está presente en el momento en el que suceden, puede vivirlo en tiempo real y sacar conclusiones para elegir las estrategias de actuación sin estar condicionado por otros.

3. Evaluación: para la recogida final del impacto de las actividades han sido utilizados, por un lado, lo que se ha denominado *Picnic de discusión* y entrevistas semiestructuradas a los profesionales participantes tanto de ADISLI, como del CPHS. El término *Picnic de Discusión* (anexo 14.5), ha sido creado para denominar una forma diferente de llevar a cabo un grupo focal, “una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de la temática propuesta por el investigador” (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009, p.52). Está dirigida por unas preguntas preestablecidas por el investigador que asume el rol de director del diálogo, pero se centra en la interacción entre los miembros del grupo, potenciando la dinámica social. En el caso de este trabajo, se cree necesaria la transformación de la estructura de estos grupos de discusión, que a veces puede resultar un tanto rígida. Se aboga por el formato relajado y festivo de la reunión de amigos que meriendan al aire libre, por dos motivos: en primer lugar, resulta coherente con el ambiente de grupo y comunidad generado durante las sesiones, y en segundo, se considera necesaria la introducción de la comida. La necesidad de utilizar la comida (ver fig. 35 en anexo 14.3) en este momento de evaluación tiene una doble intención, por un lado, favorecer esas dinámicas comunitarias y de reunión informales, pues “la bebida y la comida funcionan como conectores del relax y la diversión” (Acaso, 2013, p.101), mientras que por el otro, se considera que la comida traída por los participantes, será por sí misma un elemento de evaluación del impacto de los contenidos de alimentación saludables trabajados durante las actividades, para los responsables del CPHS.

7. MARCO TEÓRICO

Este trabajo de investigación se encuentra enmarcado dentro de tres temas que constituyen los pilares sobre los que se construye su fundamentación teórica, y que se enuncian a continuación. (Ver Fig. 6 en anexo 14.2).

7.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL LÍMITE (FIL)

En primer lugar, se debe hablar del perfil de los participantes, que constituyen los sujetos de estudio de esta investigación: personas con Discapacidad Intelectual, en concreto, Funcionamiento Intelectual Límite.

7.1.1. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Comencemos haciendo referencia a la definición de discapacidad intelectual que se acepta en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud, en cuyo Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS (2011) “estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, o sea, alrededor del 15% de la población mundial” (p. 7):

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>).

En la actualidad y desde el comienzo del siglo XXI, cuando la OMS abandona el término *minusvalía* y adopta el de *discapacidad*, con la intención de abrazar una visión más positiva (Vega Fuente, 2007), la discapacidad intelectual está sometida a un constante debate, tanto en su definición conceptual, denominación, como en los criterios de clasificación. Mientras que la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Trastornos del desarrollo (AAIDD), lo denomina como un problema de funcionamiento, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), la engloba dentro de los *trastornos del desarrollo*, y por lo tanto es una condición de la salud (Salvador Carulla, et. al, 2011).

Esto determinaría su inclusión dentro del Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), como propone AAIDD, o bien, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), según WPA. Ambas clasificaciones son las aceptadas por la OMS, para establecer un diagnóstico a nivel internacional. Además del CIF y el CIE-10, existe otro sistema de clasificación de diagnóstico, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en su quinta edición de 2013 (DSM V) de la American Psychiatric Association (APA). En él, el punto de corte de Coeficiente Intelectual (CI) que determina el umbral de la discapacidad intelectual es de 70, mientras que en el CIE-10 es de 69 y, mientras que en el CIE-10, sigue apareciendo el término *retraso mental*, en el DSM V (2013) ha sustituido por “trastorno del desarrollo intelectual” (p.10), que fue aceptado, por primera vez, en el XV Congreso Nacional de Psiquiatría de Oviedo en 2011. Esto son solo algunos ejemplos de esta controversia y debate en torno al término.

7.1.2. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL LÍMITE

El Funcionamiento Intelectual Límite (FIL), no figura como código de específico en estos sistemas de diagnóstico antes mencionados, a excepción del DSM V, y su anterior versión DSM IV TR (2000) donde se incluye en la categoría *Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica*. Es una entidad clínica muy compleja, que apenas ha sido estudiada y que afecta a un gran porcentaje, “un 3 % (al menos 1.350.000 personas en España)” (Grupo Confil, en Salvador Carulla, et. al., 2011, p. 17). Se trata de una entidad clínica invisible, de la cual no existen criterios suficientes debido a la imposibilidad de realizar comparaciones a nivel internacional. Resultaría necesario establecer un marco conceptual en consenso Internacional, para poder “establecer políticas, planificar servicios, diseñar estudios de investigación y programar intervenciones de prevención, promoción y tratamiento adecuadas”. (Salvador-Carulla, et. al., 2011, p 37). Tras una serie de reuniones periódicas y contactos entre el grupo nacional de consenso, reunido por primera vez en 2007, se elabora la declaración FIL en 2009, (Salvador-Carulla, et. al., 2011) que recoge la siguiente definición del FIL:

Una meta-condición de salud que requiere atención socio-sanitaria, educativa y legal específica. Se caracteriza por disfunciones cognitivas diversas que generalmente se asocian a un Coeficiente Intelectual (CI) entre 71 y 85; y que determinan un déficit en el funcionamiento de la persona como en la restricción de sus actividades como la limitación de su participación social. (p 38).

Teniendo en cuenta, que el rango de CI de las personas con FIL, es de 71-85, y que el umbral adoptado, tanto por la OMS, que es de 69, como por la APA, de 70, es inferior a este, no estaría dentro de los códigos *discapacidad intelectual* y *trastorno del desarrollo intelectual*, respectivamente. Sin embargo, según la definición trastornos del desarrollo, que enuncia que “son el conjunto de disfunciones del sistema nervioso que se expresan cognitiva y conductualmente durante la infancia y adolescencia y se extiende en la edad adulta” (Artigas-Pallarés, en Salvador Carulla, et al., 2011, p. 73), no se muestra tan clara esta exclusión. El FIL, aunque en la mayoría de los casos no se detecta hasta la adolescencia, ya se presenta durante la infancia, y puede tomar conciencia de su propia discapacidad en cualquier momento de su vida, incluida la edad adulta (García Ibañez et. al., en Salvador Carulla, et al., 2011).

Además, la asociación ENLINEA (un conjunto asociaciones que trabajan por mejorar la calidad de vida de las personas con FIL), en su *Guía técnica Inteligencia Límite///¿Qué es? Conceptos. Recursos. Datos de Interés*, publicada en 2007 con el patrocinio del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno de España, declara que “debe ser considerada como discapacidad puesto que presentan limitaciones cognitivas, educativas personales, sociales y laborales que hacen necesarios apoyos intermitentes a lo largo de su trayectoria vital” (p.6). En esta misma guía (ENLINEA, 2007), se publican las características que definen al colectivo, recogidas la siguiente tabla, y que constituyen la base de esta reivindicación.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON FIL

Nivel General:

- Sin rasgos físicos aparentes.
- Desfase de su edad cronológica y su edad mental
- Falta de iniciativa y limitada capacidad para los mecanismos racionales que permiten resolver situaciones cotidianas.
- Poca capacidad creativa. Impide adaptarse con éxito a situaciones novedosas.
- Dificultad en la toma de decisiones y resolución de conflictos.
- Dificultades en psicomotricidad.

Nivel Intelectual:

- Proceso de aprendizaje lento. Necesidad de apoyo y más tiempo.
- Déficit de comprensión de dimensiones abstractas.
- Dificultad para organizar y gestionar el tiempo-espacio.
- Mayor peso de la inteligencia cristalizada (la capacidad para enfrentarse a tareas que requieren de entrenamiento, escolaridad y la socialización) que de la inteligencia fluida (capacidad para solucionar problemas previamente desconocidos, mediante la adaptación y la flexibilidad).
- Problemas de lectoescritura.
- Dificultades en el desarrollo del lenguaje, en la gestión y valor del dinero.
- Buen nivel de memoria selectiva.

Nivel social:

- Déficit de Habilidades sociales.
- Dificultades en las relaciones afectivas (hacer amigos, conservarlos, tener pareja y formar familia).
- Dificultades en la asunción de responsabilidades consideradas propias de personas adultas (rol padre-madre, búsqueda de trabajo, etc).
- Falta de iniciativa e improvisación.
- Dificultad en la organización del tiempo libre.

Nivel Psicológico:

- Vulnerabilidad emocional
 - Baja autoestima
 - Baja tolerancia al fracaso y la frustración.
 - Más probabilidad de presentar cuadros de ansiedad y/o depresión, miedos, etc.
 - **Inseguridad.**
-

Tabla 2. Características de las personas con Funcionamiento Intelectual Límite

En este punto, resulta fundamental manifestar la importancia de las necesidades de apoyo que tienen estas personas, que en muchos casos no son concedidos debido a los puntos de corte del CI. Los profesionales socio-sanitarios del campo, reivindican la importancia de las habilidades adaptativas para determinar la necesidad de dichos apoyos, frente al criterio establecido por el CI (Frontera Sancho y Gómez Bahillo, 2011).

7.2. LA SALUD, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN.

7.2.1. SALUD-ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA.

A continuación, se considera fundamental enunciar la definición de dos términos que han constituido un pilar importante en este trabajo: *salud y enfermedad*.

En primer lugar, en el Preámbulo de la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS), de 1948, que no ha sido modificado desde entonces “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (p.1), entendiendo que la enfermedad es “la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar” (p.1). En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO), en su *V Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas* de 1997, afirma que “lo que se define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual vivimos, trabajamos, y nos relacionamos” (p.6). Este binomio, *salud-enfermedad*, constituye un elemento central para todas las personas, cuya vida siempre oscila entre una y otra. La preocupación por mantenerse en el lado de la primera es cada vez mayor, ocupando un lugar más importante en la jerarquía de nuestra sociedad.

En los dos últimos siglos, el ser humano ha concentrado sus esfuerzos en alcanzar el mayor nivel de calidad de vida, donde el estado de salud juega un papel importante. En este punto se debe entender la calidad de vida “como sinónimo de bienestar, ya sea objetivo o subjetivo; puede ser considerado como felicidad, como un deseo humano o como éxitos personales”. (Bonilla Hernández, 2005) y, por consenso general a nivel internacional, como un concepto holístico y multidimensional, en el que, la propuesta de Schalock y Verdugo de 2002 es la más aceptada (Schalock y Verdugo, 2007). Lo que plantean es un modelo multidimensional de la calidad de vida que consta de ocho dimensiones fundamentales que se deben usar para medir resultados relacionados con esta. Las dimensiones son: el desarrollo personal, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, inclusión social y derechos (Verdugo, 2009, p.28). Este modelo operativo, pretende facilitar el entendimiento y comprensión de un fenómeno tan complejo como este mediante un “marco conceptual que unifique las dimensiones e indicadores centrales de una vida de calidad”. (Verdugo, et al. 2009, p.12).

Por lo tanto, no tener buena salud, implica perder en calidad de vida, ya que “la salud no se puede reducir a la ausencia de la enfermedad, sino que exige también la búsqueda del pleno bienestar de la persona” (Vega Fuente, 2007, p.18). Se debe mirar desde una perspectiva holística e integradora a nivel físico, psíquico y social que, según el artículo 25.1.de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948) todos los seres humanos tienen derecho a preservar, pues “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (p. 7).

7.2.2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD. HÁBITOS SALUDABLES.

Se debe asumir que buen nivel de salud y calidad de vida, depende no solo de las personas, sino también de los apoyos recibidos de la política social y la acción comunitaria. Las instituciones, organismos internacionales y la propia comunidad, a nivel general, tiene la responsabilidad social de lograr que se cumpla estos derechos. Se debe fomentar una sociedad sana, prioridad de la política social de la Unión Europea, desde finales del siglo pasado. En su *Programa de Acción Social 1998-2000* (1998) enuncia que:

Particularmente en la prevención de las enfermedades, la seguridad de los alimentos, la protección del consumidor, la libre circulación, los productos farmacéuticos, la investigación y el desarrollo y el medio ambiente... La respuesta comunitaria continuará centrándose en la prevención, y sobre todo en la promoción de forma de vida más sana, como modos más eficaces de rentables de mejorar la salud. (p.18)

La importancia de esta preocupación mundial, se manifiesta en la creación, a mediados del siglo XX, de un organismo internacional, vinculado a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cuya misión es aquella de estudiar y ofrecer los recursos necesarios para promover y proteger la salud de todos los ciudadanos del mundo. La Organización Mundial de la Salud, nace con la finalidad de “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (OMS, 1948, p.2), a través de una política de promoción y la prevención de esta. Por este motivo, a partir de 1986, tienen lugar una serie de Conferencias Internacionales de Promoción y Prevención de la Salud, para determinar el desarrollo de medidas necesarias. La primera de ellas tuvo lugar en Ottawa (Canadá), como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y de un cambio de perspectiva hacia una concepción amplia de la promoción de la salud. La *Carta de Ottawa* ha constituido las bases sobre las que se discuten los problemas que afectan a la población mundial y las medidas a tomar, en todas las Conferencias Internacionales de la OMS hasta la de Helsinki en 2013. De este modo, se establece la siguiente definición de promoción de la salud, en la publicación de Glosario de la OMS (1998):

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (p.10).

Según esta definición, Vega Fuente (2007) plantean los siguientes objetivos:

OBJETIVOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

“que todas las personas de todos los países...puedan tener un nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven” (Vega Fuente, 2007, p.72)

Solidaridad y equidad en Salud

Estrategia multisectorial

Cambio del enfoque en el sector sanitario.

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Potenciar la solidaridad para la salud en la Región Europea. | 1. Promocionar un entorno físico sano y seguro. | 1. Conseguir un sector sanitario integrado, que ponga énfasis a la atención primaria y proporcione amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida. |
| 2. Conseguir la equidad en salud. | 2. Conseguir una vida más sana (actividad física, relaciones sociales, etc.). | 2. Gestionar para una atención sanitaria de calidad |
| 3. Iniciar la vida en buena salud. | 3. Reducir los daños producidos por el alcohol, la drogas y el tabaco. | 3. Financiar servicios sanitarios y asignar recursos |
| 4. Mejorar la salud de los jóvenes. | 4. Comprometer a los “escenarios para la salud” (hogar, centros educativos, etc) | 4. Desarrollar recursos humanos para la salud (educación y formación de profesionales). |
| 5. Envejecer en buena salud. | 5. Estimular la responsabilidad multisectorial de la relación con la salud. | 5. Reforzar la investigación y conocimiento para la salud. |
| 6. Mejorar la salud mental. | | 6. Movilizar agentes para la salud. |
| 7. Reducir las enfermedades transmisibles y no transmisibles | | 7. Desarrollar políticas y estrategias para la salud para todos. |
| 8. Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes | | |

Tabla 3. Objetivos de la promoción y la prevención de la salud según Vega Fuente 2007.

Para cumplir con ellos se debe seguir un esquema de acción global de promoción de la salud que establece como necesarias cinco estrategias: establecer políticas saludables, reorientar los servicios de salud, crear un entorno favorable, reforzar la acción comunitaria y desarrollar las aptitudes y los recursos favorables. Estas estrategias llevan una gran carga educativa, particularmente las tres últimas, haciendo palpable la necesidad de formar a la población, a través de programas y estrategias, para que aumente el control sobre los factores determinantes de su salud y, de este modo, mejorarla. (Flores Bienert, 2003). Para ello, Flores Bienert (2003) determina como necesario, por un lado, la adopción de hábitos saludables, referentes a: la higiene, la

reducción del estrés, la seguridad vial, la alimentación sana, el ejercicio físico, el cumplimiento terapéutico, las revisiones médicas periódicas y a la reducción del consumo de drogas, mientras que por el otro, la creación de entornos favorables a esa vida saludable, a través de lo que lo que Vega Fuente (2007) denomina *educación para la salud*.

El perfil de población del que se ocupa este trabajo, las personas con discapacidad, tienen más riesgo frente a ciertas patologías, por lo que necesitan atención sanitaria con más frecuencia, además de programas de atención temprana y educación para prevenirlas y mejorar su calidad de vida. Según Vega Fuente (2007), es un compromiso de toda la sociedad concentrar sus esfuerzos para proporcionar a las personas con discapacidad una mayor: esperanza de vida y mejor estado de salud a lo largo de esta, desarrollo intelectual, destreza para desempeñar un trabajo útil y remunerado, grado de independencia y autonomía personal, participación en la comunidad y un mayor ajuste emocional. Afirma la necesidad de una toma de conciencia frente a una realidad excluyente que tiende a aislar, segregar y discriminar.

7.3. EL MUSEO

El tercero de los elementos clave de este estudio, lo constituye el museo, y los conceptos responsabilidad social, educación artística y diversidad, en relación a este. Como punto de partida para analizarlos, se ha tomado la definición de museo del tríptico de la exposición Ments Creatives de 2007 en el Museu Nacional d'Art de Catalunya (MNAC) de Teresa González, citado en Acaso (2011):

Los museos son espacios de interacción y de relación con una fuerte identidad cultural que pueden contribuir al desarrollo de sentimientos de pertenencia, respeto, tolerancia, dignidad y solidaridad social. Son lugares donde ejercitar la mente expresar ideas y emociones, donde desarrollar la creatividad y la imaginación. Son también entornos de aprendizaje que dan la oportunidad de acceder a la educación y a la cultura; lugares de inspiración y de diversión; espacios que permiten el desarrollo de la autonomía personal, la autoestima y la confianza, y que invitan a comunicarnos, relacionarnos y participar (p. 93).

7.3.2. RESPONSABILIDAD SOCIAL

Por otro lado, la Responsabilidad Social, es reconocer y aceptar los compromisos que todos tenemos con la sociedad, desde una conciencia sensible a sus problemas, hasta la actitud positiva de adoptar estrategias que disminuyan los impactos negativos en esta.

Según la guía de responsabilidad social ISO 26000, citada por Argandoña (2012), se trata de:

La responsabilidad de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y en el medio ambiente, mediante un comportamiento ético y transparente que contribuya al desarrollo sostenible, incluyendo la salud y el bienestar de la sociedad (p.1)

Esto se traduce inevitablemente al museo. Debido a su función como nexo comunitario entre la sociedad y su cultura, la responsabilidad social se convierte en su razón de ser. En este sentido el papel fundamental que debe jugar este espacio es el de conector entre los objetos poseedores de esa cultura, es decir, la colección, y los sujetos, que construyen el conjunto de la sociedad. Debe facilitar la relación entre estos dos agentes que conviven en una misma realidad social, económica y política que los condiciona, con la misión de transformarla, mejorarla y progresar en ella (Lorente y Lucea, 2001). De este modo, Martínez (2009) en el I Congreso Internacional *Los Museos en la Educación. La Formación de los Educadores*, celebrado en el Museo Thyssen-Bornemisza de Madrid, habla del “potencial del museo como agente social para el cambio” (p.146) cuando proclama:

Los museos, ya sean públicos o privados, ... total o parcial, están gestionados con dinero público, por lo que su campo de acción no debería quedar reducido exclusivamente al de la exhibición. ... los museos pueden proporcionar experiencias únicas a los ciudadanos asociadas con los significados colectivos, lo que es compartir patrimonio y a través de él generar discusión y debate, cuestiones esenciales de la democracia (p.146).

7.3.3. LA EDUCACIÓN ARTÍSTICA Y LA DIVERSIDAD

Esta idea que se expone sobre la función social del museo como conexión entre la cultura y la sociedad, se enlaza directamente con los planteamientos de Eisner (2009) cuando enuncia “el arte no habla por sí mismo” (p.20). Con esta máxima niega la concepción de la autonomía del arte para llegar al espectador, a favor de la importancia de la educación artística dentro del museo como método para cumplir con esa responsabilidad social. Se presenta como intermediaria entre las obras y los públicos por que “los cuadros, como los libros, tienen que leerse, y sin una cultura visual es poco probable que podamos “descifrar” sus mensajes” (p.15-16) para poder crear situaciones de enseñanza y aprendizaje a partir de las obras de arte (Morón, en Acaso 2011).

Llegados a este punto, podemos hablar, por un lado, de educación como “aquella materia que no sólo engloba la labor de enseñar sino también la de aprender, y no de manera unidireccional ... , sino recíproca” (Sola, B. en Calaf Masachs et. al., 2003, p. 252), en la que, no solo el visitante aprende del museo y el educador, sino en la que se debe generar un diálogo que también permita aprender de él; mientras que por el otro, del arte como una forma de experiencia, que “puede cambiar la manera en que la gente percibe el mundo” (Eisner, 2009, p.20) y de la responsabilidad que tiene el educador de crear las condiciones mediante las cuales esa experiencia sea posible (Eisner, 2009). De este modo, el educador:

No estaría tanto en la guía a través de una visión única como en la generación de modelos diversos de lectura de las imágenes que aporten al espectador la confianza en el valor de su propia visión ... podríamos decir que la función del educador debería pasar a ser cada vez más invisible” (Gamoneda, 2009, p. 236).

En síntesis hasta el momento, se debe entender el museo como lo entiende Eisner (2009), en un sentido de pertenecía de todos que “utiliza las obras de arte para dar forma a la experiencia humana y así dar forma a la manera de sentir y de pensar de las personas” (p.13) , y que, además, debe “ofrecer a toda la ciudadanía la posibilidad de disfrutar y recrear del patrimonio cultural de las diferentes culturas presentes en la sociedad de nuestro tiempo” (Valle Florez, 2007, p. 88). En este sentido se debe hablar de los conceptos de diversidad humana y diversidad cultural.

En referencia a la primera de ellas, Valle Florez (2007) expone que “tiene múltiples formas de expresión en ideas, experiencias y actitudes; intereses, motivaciones, expectativas y ritmos de aprendizaje; capacidades y ritmos de desarrollo; procedencia geográfica, social y cultural; raza y etnia, lengua y sexo.” (p.87); mientras que por otro lado, la diversidad cultural es considerada patrimonio de la humanidad por la UNESCO (2001), reconociendo el derecho a la propia identidad en todas sus formas de la sociedad plural. La UNESCO, en 1982, reconoce que:

La cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias y que la cultura da al hombre la capacidad

de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.

(<http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>).

Sin embargo, en numerosas ocasiones no se entiende este término desde la pluralidad, puesto que, solamente, representa la realidad y valores que determinan la cultura oficial y dominante, en lugar de reflejar las voces e intereses de todos los colectivos de un mismo contexto. Se pretende eliminar al otro, en lugar de escucharlo.

En definitiva, en nuestra sociedad cada vez más diversificada, en la que es inevitable la voluntad de convivir con otras identidades culturales, se debe considerar esta diversidad como un valor positivo, pues la realidad está configurada por una multitud de puntos de vista, diferentes narraciones, conocimientos y biografías de otras personas en conexión con las nuestras. Esto es lo que hace crecer las identidades individuales y sociales. (Valle Florez, 2007).

8. MARCO PRÁCTICO

8.1. CONTEXTUALIZACIÓN

8.1.1. CONTEXTO HUMANO: personas con FIL y profesionales socio-sanitarios.

El grupo con el que se va a trabajar está compuesto por unas 12 personas con FIL mayores de 18 años y socios de ADISLI, dos personas de apoyo, trabajadores de esta misma asociación, y dos profesionales del ámbito de la promoción y prevención de la salud provenientes del CPHS. Los participantes para quienes se diseña, propiamente, este programa son las personas con FIL, pero debido al objetivo planteado para esta investigación que enuncia: *Crear un espacio normalizado y horizontal entre los participantes y las personas de referencia: educadores, profesionales del ámbito socio-sanitario y acompañantes*, se valora considerar a estos como parte del contexto humano. Por último, para completar la visión global de las personas que van a participar en las actividades se debe consultar la *Tabla 1. Características de las personas con Funcionamiento Intelectual Límite*.

8.1.2. CONTEXTO FÍSICO: Museo Thyssen-Bornemisza y CPHS.

Las actividades de esta propuesta tienen lugar en dos espacios:

Museo Thyssen-Bornemisza.

El Museo Thyssen-Bornemisza, situado casi enfrente del Museo del Prado y muy cerca del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, constituye la piedra angular del denominado *Triángulo del arte situado* en el Paseo del Prado, una de las calles más céntricas de la capital española. El edificio en el que se ubica es el antiguo Palacio de Villahermosa, que con las negociaciones para la llegada de la Colección Thyssen-Bornemisza a nuestro país, en 1989 el edificio, de cuya remodelación se encargó el arquitecto Moneo, se asigna como sede del futuro Museo Thyssen-Bornemisza, abriendo sus puertas en octubre de 1992. Se trata de un museo que ha puesto siempre un especial énfasis en su objetivo de difundir la Colección. Para llevar a cabo esta difusión, pone especial atención al desarrollo de programas dirigidos a involucrar a todo tipo de públicos en su proyecto cultural, a través del Área de Educación y un Programa Didáctico basado en un sólido desarrollo metodológico. Con este departamento se pone de manifiesto el posicionamiento de la institución en la importancia en la educación artística como elemento fundamental y motor del museo como lugar de conocimiento. (<http://www.museothyssen.org/thyssen/home>).

En este primer contexto físico tienen lugar las visitas-taller diseñadas.

CPHS

Como ya se ha mencionado el Centro de Promoción de Hábitos Saludables es un centro monográfico que pretende fomentar la adopción de hábitos saludables en la población global de la Comunidad de Madrid, mediante una gran variedad de programas de promoción de la salud entre los que se encuentra ALAS, que constituye el marco concreto de esta programación. No solo concentra su trabajo en la alimentación sana y la actividad física, sino que también incluye otros programas como, salud sexual y reproductiva, prevención y control del tabaquismo, psicohigiene y control de la ansiedad y habilidades comunicativas, entre otros. Pertenece a los Centros de Madrid Salud, dentro del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, del Ayuntamiento de Madrid, y constituye el segundo escenario físico en el que tendrán lugar los talleres artísticos, ligados también a las visitas al museo.

8.1.3. CONTEXTO TEMPORAL

La implementación práctica del programa tendrán lugar durante los meses de abril y mayo de 2014, en cinco sesiones: tres de ellas en el museo, con una duración de tres horas y dos encuentros de dos horas en el CPHS. A estas cinco, se debe sumar una sexta sesión de evaluación de tres horas, que tendrá lugar en el Parque de El Retiro.

8.2. INTRODUCCIÓN

Como ya se ha mencionado, el presente trabajo de investigación gira en torno a la creación de experiencias significativas para personas con FIL, que favorezcan el aprendizaje real en cuestión de hábitos saludables, utilizando el arte y el museo como vehículo para ello. Esto se materializa de forma práctica en la programación de unas visitas-taller al museo Thyssen-Bornemisza de Madrid, alternadas con talleres artísticos en el CPHS, que giran en torno a los conceptos de salud, entendida en su contexto más amplio. Por lo tanto, no se limita a la alimentación sana y el ejercicio físico, sino que esta concepción más amplia, se dirige hacia la autoestima y la puesta en práctica de las habilidades sociales, entre otras cuestiones, como elementos fundamentales para mejorar la calidad de vida de los participantes.

Mediante una selección de obras, que llevarán a cabo ellos mismos, se pretende establecer un diálogo frente a la obra que centre su atención en los discursos propios y sinceros, y que, genere un intercambio de conocimientos a través del acto de compartir experiencias. Además de la importancia de lenguaje verbal, se considera fundamental la interacción artística y creativa de los participantes durante los talleres diseñados, para favorecer el establecimiento de vínculos y la creación del grupo.

8.3. OBJETIVOS

Generales

- Aprender conceptos de hábitos saludables de manera significativa, a través de la colección del museo Thyssen-Bornemisza.
- Potenciar las habilidades sociales mediante el diálogo frente a la obra de arte y el proceso creativo en los talleres.

Específicos

- Conseguir la participación entorno al diálogo ante las obras, así como en los talleres.
- Mejorar las dificultades de autocontrol, aprendiendo la importancia de escuchar al otro y respetar, tanto el turno de palabra, como su opinión.

- Crear un ambiente dinámico y divertido que facilite el aprendizaje significativo de los hábitos saludables.
- Detectar cuestiones que puedan afectar, tanto al individuo, como al grupo, mediante ese diálogo.
- Desarrollar las capacidades de elección y decisión frente las cuestiones planteadas.
- Conseguir que los participantes adquieran un compromiso de asistencia a todas las sesiones, así como en la preparación de las obras para la explicación al resto del grupo.
- Trabajar en equipo y de manera estructurada en dicha preparación de la explicación de las obras.
- Generar un espacio de confianza y divertido, donde los participantes puedan opinar sin miedo a ser juzgados.

8.4. CONTENIDOS Y ACTIVIDADES.

A continuación se incluye un breve esquema explicativo con los contenidos y las actividades del programa, que se explica con más detalle en el documento *Planificación de las Líneas de trabajo (anexo 14.4)* realizado junto al Departamento de Educación del museo, en un proceso continuo de revisión y transformación durante los dos meses de implementación práctica.

Las actividades propuestas se organizan en seis sesiones, cuyas imágenes se pueden encontrar en el *anexo 14.3*: tres visitas al museo, intercaladas por dos talleres en el CPHS, y una sesión de evaluación final al aire libre, que se distribuyen en cuatro fases:

1. Fase de Motivación y presentación: visita en el museo (*Fig. 7, 8 y 9 en anexo 14.3*) y taller *Manteles saludables* (*Fig. 10 en anexo 14.3*) (sesión 1).
2. Fase de participación y selección de contenidos y obras: taller en el CPHS (sesión 2), visita-taller en el museo (sesión 3), taller en el CPHS (sesión 4).

A partir del segundo encuentro, los participantes comienzan a tomar un papel activo en la configuración del programa, a través de la selección de las obras de las visitas siguientes.

- Sesión 2: taller en el CPHS. La actividad tendrá cuatro partes:
 - Revisión del trabajo y contenidos del primer encuentro en el museo.
 - *El museo fuera del museo*. (*Fig. 11 en anexo 14.3*)
 - Taller: *Un paseo por el bosque* (*Fig. 12, 13, 14, 15 y 16 en anexo 14.3*)

- Selección de las obras de la siguiente visita al museo.
 - Sesión 3: visita-taller en el museo, con las obras elegidas por los participantes (*Fig. 17, 18 y 19 en anexo 14.3*). En esta ocasión, el taller pensado es un *Tableau Vivant*. (*Fig. 20, 21, 22, 23 y 24 en anexo 14.3*)
 - Sesión 4: La actividad se desarrollará en cuatro partes:
 - Revisión del trabajo y contenidos del primer encuentro en el museo. (*Fig. 25 en anexo 14.3*)
 - Continuación del *Tableau Vivant*, con la representación de otra de las escenas propuestas en la sesión anterior. (*Fig. 26, 27 y 28 en anexo 14.3*)
 - *De visitante a educador*: en la parte final de la sesión, los participantes, seleccionarán las obras que verán en la siguiente visita. En este caso, se pretende dar un paso más en el empoderamiento y la responsabilidad: ellos serán los protagonistas de la última visita al museo (sesión 5), debiendo preparar y explicar dichas obras al resto del grupo.
3. Fase de autogestión de contenido cierre y resultados: visita en el museo (sesión 5).
- Sesiones preparatorias para la exposición de las obras.
 - Sesión 5: visita-taller en el Museo. Recorrido tiene lugar por las obras elegidas y preparadas en la sesión anterior a través del traspaso del poder del educador al visitante. (*Fig. 29, 30 y 31 en anexo 14.3*)
4. Fase de cierre resultados y evaluación: “Picnic de discusión” en El Retiro (sesión 6). (*Fig. 32, 33, 34, 35 y 36 en anexo 14.3*)

En referencia a los contenidos, cabe decir que se fueron configurando durante todo el proceso de implementación, según las necesidades e intereses del grupo, así como de los específicos de cada uno de los profesionales implicados, y los sucesos inesperados que se sucedieron durante las sesiones. Su elaboración se llevó a cabo entre todos los implicados en el proyecto: participantes, investigadores, educadores del museo, trabajadores de ADISLI y profesionales del CPHS, tras un proceso de reflexión de lo que iba ocurriendo día a día. Algunos de los conceptos trabajados han sido: la subjetividad de la belleza, la participación en actividades comunitarias, prejuicios, sedentarismo y actividad física, la comida rápida, el equilibrio como símbolo de buena salud, expresión corporal y artes escénicas, entre otros, que se encuentran detallados y organizados según las obras de la colección a las que se han asociado, en el documento *Planificación de las Líneas de Trabajo* (anexo 14.4).

8.5. METODOLOGÍA

Las metodologías didácticas son aquellas que responden a la pregunta *¿Cómo se enseña?*, y que pueden ser definidas como “las estrategias de enseñanza con base científica que el/la docente propone en su aula para que los/las estudiantes adquieran determinados aprendizajes” (Fortea, 2009, p. 7). De acuerdo con este mismo autor, se considera que la mejor metodología didáctica es una combinación de estas, por lo que, se considera fundamental para este programa la composición de diferentes tipos de ellas para lograr los objetivos marcados. Se puede decir que se han utilizado, para este estudio, diferentes principios de una gran variedad de métodos entre los que se encuentran:

Diálogo socrático: Supone el método fundamental sobre el que se basa el proyecto, constituyéndose como pilar esencial el intercambio a través del diálogo. En él, el participante conversa en forma detallada y ordenada con otras personas, con el propósito de lograr un mejor conocimiento de sí mismo y de su relación con el medio que le rodea. Kristof van Rossem (2011), enuncia que, para el diálogo socrático:

El material de la investigación es su propia experiencia, tanto si se trata de una experiencia que han vivido aquí y ahora o de algo memorable que les sucedió en el pasado. ... los participantes intentan comprenderse unos a otros y se comprometen en una empresa común...no significa que para que el diálogo sea exitoso los participantes tengan necesariamente que llegar a un consenso” (p. 2).

Gamificación: teniendo en cuenta la aparición de la palabra *diversión* como una de las subcategorías que caracterizan a la categoría principal *espacio compartido*, se aplicarán dinámicas y principios del juego, como la asunción de roles o la superación de un reto, en unos contextos no lúdicos como el del museo y el CPHS.

Acción-participación: a través de la cual los participantes llevarán a cabo la selección de las obras que quieren trabajar. Esto incide indirectamente en la elección de los contenidos.

Interacción alumno-profesor (en este caso, entre participantes): se pretende establecer un proceso enseñanza y aprendizaje mutuo entre investigador, sujetos de estudio y profesionales del museo, de ADISLI Y del CPHS, mediante el intercambio de conocimientos y experiencias, es decir, mediante el diálogo socrático.

Aprendizaje significativo: se busca que los participantes obtengan conocimientos válidos y útiles en la realidad y en la vida cotidiana. Para ello se procurará generar experiencias

que ayuden a la aplicación en la vida real de los contenidos de salud con los que se va a trabajar, en lugar de quedar guardados en la memoria de forma teórica.

8.6. MEDIOS Y RECURSOS DIDÁCTICOS

El recurso didáctico fundamental está constituido por las imágenes de las obras de arte de la colección del museo, ya sea de forma física, en las salas, o a través de carteles impresos o presentaciones de Power Point utilizadas en el espacio del CPHS. Suponen el elemento impulsor del diálogo, un vehículo transmisor de experiencias y una herramienta de aprendizaje e intercambio de conocimiento. Su selección se ha llevado a cabo por parte del investigador y los educadores del museo, en una fase previa para obtener las obras que podían servir para tratar los contenidos de salud. Después, los propios participantes han elegido, en el transcurso de los encuentros aquellas imágenes que más les interesaba, por lo que también constituyen un medio a través del cual potenciar la toma de decisiones y la importancia de la subjetividad. Además, se contempla necesario el uso estas imágenes y los textos de los catálogos de la colección, así como las búsquedas independientes en la red por parte de los participantes para la preparación de la explicación de las obras de la quinta sesión.

En definitiva, podemos enumerar los siguientes medios y recursos necesarios: salas y taller del museo, obras de arte (físicas, impresas y en Power Point), aula del CPHS, ordenador y proyector, cartulinas, tijeras, pegamento, rotuladores, post-it, lápices, etc., y material de atrezzo para la representación del Tablau Vivant (corbatas, bolsas de la compra, platos y vasos de plástico, menú de restaurante, etc).

8.7. EVALUACIÓN

Como ya se ha descrito (*anexo 14.4*), la sesión número seis, considerada de evaluación, comienza con un paseo desde el museo hasta el parque de El Retiro, en el que se llevará a cabo una pequeña merienda como *fin de fiesta*, que comienza con la elección de la postal y su explicación para averiguar las opiniones individuales y diferentes sobre las imágenes. Respecto al juego, que sucede a las postales, *Yo he aprendido que...*, tiene la finalidad de conocer las cuestiones que han tenido el impacto más significativo en cada uno de los participantes. Además, la propia comida que se les pide a los participantes que traigan, constituye un elemento de evaluación de lo aprendido sobre alimentación saludable. Por último, los aspectos a valorar fueron marcados por los objetivos de la programación, que a su vez se establecieron de los de la investigación. Esos se

encuentran, tanto en las dos dinámicas iniciales a penas mencionadas, como en las preguntas diseñadas para dirigir el *Picnic de discusión* (anexo 14.5).

En definitiva, la valoración del impacto de la actividad ha sido en mayor medida cualitativa, aunque también se ha tenido en cuenta, en un porcentaje mínimo y como dato de interés, los resultados cuantitativos de las calorías de la comida que trajeron los participantes. Estos datos han sido de mayor utilidad a los profesionales del CPHS, mientras que, para el investigador, los trabajadores de ADISLI y los educadores del museo, ha resultado de mayor interés los aspectos cualitativos tanto de las respuestas a las preguntas durante el Picnic, como los comentarios espontáneos y la observación de las actitudes y situaciones durante el encuentro.

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El análisis e interpretación de los resultados se ha llevado a cabo según las categorías que se establecieron de salida y a través de los datos recogidos mediante las herramientas de investigación.

Categorías de salida:

1. Hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, equilibrio y otros)

Observación-Participante (cuaderno de campo):

Lo primero que se observa en la primera visita es el buen nivel teórico que tienen los participantes al haber realizado previamente los talleres ALAS. Esto se comprueba en la segunda sesión, cuando se proyecta la imagen de la pirámide de la alimentación, puesto que no necesitan ayuda de los profesionales del CPHS para hablar de la importancia de cada alimento y la frecuencia con la que debe consumirse a la semana. Debido a esto, se comienza a valorar la información que proviene de su práctica en la realidad. Una de las participantes, delante de la obra *Fiesta Campesina* (anexo 14.4), habla del “atrachón de comida durante las vacaciones de semana santa en el pueblo con su familia” (comunicación personal, 24 de abril, 2014), y otro, frente a *Waverley Oaks* (anexo 14.4), afirma que, desde su punto de vista, si haces deporte luego puedes permitirte comer más cantidad de alimentos poco saludables, como chocolate y Coca-cola. Además, en esta obra, reconocieron la importancia de pasear para sentirse bien, pero el protagonismo lo tuvieron las dos personas juntas hablando. En este sentido, los participantes hicieron referencia a la posibilidad de poder contar las propias preocupaciones a alguien para desahogarse. Frente a *Nedick's*, de Richard Estes (anexo 14.4), realizan, entre todos,

una larga lista de cadenas de comida rápida, que afirman frecuentar en su tiempo de ocio, así como, reconocen tomar más refrescos que zumos. Tras la representación de la escena del restaurante en el *Tableau Vivant* (Fig. 24 en anexo 14.3), salieron a la luz algunos de los *puntos débiles* respecto a la comida, de los participantes: la Coca-cola (entre 3 y 4 diarias), bollería industrial (abuso de ella, aún sabiendo que hay alto riesgo de diabetes) y chucherías (2 bolsas seguidas, de camino a la asociación).

El concepto de equilibrio como buena salud, se ha utilizado desde el principio y en todas las sesiones. Ellos mismos manifiestan que son conscientes de los peligros de los posicionamientos extremos, y mencionan la palabra “equilibrio” (comunicación personal, 04, 10 y 24 de abril, 2014), en varias ocasiones a lo largo de las sesiones. Por lo tanto, parece que ha sido entendido, a pesar de ser un concepto abstracto (ver tabla 2). En cuanto a otros hábitos, se ha hablado del tabaco y el alcohol, en mérito a *Objetos para un Rato de Ocio* (anexo14.4). Todos están de acuerdo respecto a las consecuencias nocivas del tabaco aunque uno de ellos admite que fumar en pipa le encanta en el mantel del primer taller. En cuanto al alcohol, hay opiniones diferentes, donde la mayoría habla de la moderación. Sin embargo, tres de los participantes, se reafirman de forma rotunda sobre los perjuicios del alcohol, incluso uno de ellos dice que “mata” (comunicación personal, 04 de abril, 2014). Minutos después, comenta fugazmente que tuvo problemas con el alcohol hace 9 años. También, uno de los participantes escribe en su mantel “porros y cocaína” (comunicación personal, 04 de abril, 2014), algo un tanto sorprendente, puesto que en ningún momento se mencionan durante las actividades. Este mismo participante realiza con frecuencia preguntas sobre el alcohol, como “¿qué es mejor, beber coca-cola o cerveza?” (comunicación personal, 24 de abril, 2014), o “¿es malo beber 5 red bull en una noche? ... mezclados con alcohol” (comunicación personal, 08 de mayo, 2014). Por último, cabe destacar, que las obras que los participantes han elegido, en general, y para la última sesión en particular, no se refieren directamente a la alimentación, pues, por ejemplo, no han elegido ninguno de los bodegones. Por norma general, han seleccionado obras en las que aparecen personas paseando, en compañía y hablando con otras personas (anexo14.4).

Reuniones (intercambio entre profesionales):

En todas las reuniones mantenidas con los profesionales, tanto del CPHS, como de ADISLI, y el educador del museo, se ha estado de acuerdo en la idea de concepción amplia de hábitos saludables, que no quedara reducida a la de alimentación sana y ejercicio físico. Tras comprobar el gran nivel teórico con el que venían los participantes de las aulas del año anterior, se estableció por consenso unas nuevas direcciones:

transformar la teoría en práctica y experiencia, detectar cuestiones y problemas reales, y dar pequeñas pinceladas en temas como autoestima, autocontrol y relaciones sociales, para averiguar la situación de los participantes.

2. Espacio compartido (diálogo, comunicación, compartir, grupo, respeto, normalización, diversión y ¿habilidades sociales?)

Observación Participante (cuaderno de campo)

En la primera visita, el educador del museo cambia el recorrido, y por lo tanto, las obras que estaban previstas, sin consultar al investigador, lo que produjo un descuadre en el taller, debido a que, en él, se utilizarían las imágenes de las obras vistas en las salas. Esta falta de comunicación, no fue el único ejemplo entre los profesionales durante el diseño de las actividades. En cambio, existió un intercambio frecuente de información y de enfoques, que permitió llevar el trabajo hacia un mejor funcionamiento, como por ejemplo la adopción de la norma no “juzgar la información personal que se nos ofrece” (comunicación personal, 21 de abril, 2014). Esto facilitó la comunicación con los participantes, así como, el establecimiento de vínculos y confianza entre todos los miembros del grupo, en un plano más horizontal.

Ya desde el primer contacto, el diálogo frente a la obra (*Fig. 1, 2 y 18 en anexo 14.3*) es el elemento fundamental de la visita, y, aunque existe participación, esta no se extiende a todo el grupo. Por la falta de iniciativa, las intervenciones son limitadas, y generadas, solamente, tras preguntas. No obstante, se advierte una necesidad menor de estas preguntas para iniciar el diálogo con el avance de las sesiones. Generalmente, no respetaban el turno de palabra, interrumpían constantemente a sus compañeros y algunos tendían a monopolizar el discurso contestando a las preguntas que van dirigidas a otros. Cuando esto ocurre se les debe llamar la atención, momento en el que rectifican pidiendo perdón al compañero. Se ha observado que la frecuencia de interrupciones y la tendencia al monólogo, ha ido decreciendo durante las sesiones. Cabe destacar, que cada participante ha intervenido en los temas desde su experiencia y opinión personal, donde cada punto de vista ha sido valorado, escuchado y rebatido, con total respeto.

En referencia a la diversión, durante los talleres, y entre todos los participantes, incluidos los profesionales del museo, CPHS, ADISLI y la investigadora, se han realizado bromas (*Fig. 28 en anexo 14.3*), siempre de forma respetuosa, y vistas con sentido del humor, tanto en el tiempo de trabajo, como en el de diálogo. Ejemplos de esto es el tono burlesco y de parodia que los participantes dieron a la representación del restaurante en el Tableau Vivant (*Fig. 20 y 24 en anexo 14.3*), los cambios de nombres y los apodos.

Como momentos significativos, se deben señalar el *Pícnic de discusión* (Fig.34 en anexo 14.3) y el *Paseo por el bosque* donde se originó un ambiente cercano y lúdico, gracias a las sonrisas presentes durante toda la dinámica. Aquí se generó muy buena comunicación, donde además se compartieron muchas cosas. Durante la dinámica del bosque, no solo se prestaban materiales como pegamento o rotuladores, sino también hojas para regalar (Fig. 12 y 13 en anexo 14.3) cuando veían que alguno de sus compañeros las había acabado, o incluso, entregaban las que les habían regalado a ellos. También sugerían, a otros que debían añadir aspectos a su árbol, y recibieron con alegría y agradecimiento el reconocimiento de los demás.

En cuanto a la elección de las obras para la visita siguiente, entendieron desde el inicio que debían seleccionarla en consenso y democráticamente. Se debe destacar la actitud de los profesionales del CPHS, en la primera elección. Tendían a dirigir la situación, intentando imponer una obra que a ninguno de los participantes le gustaba. Esta posición del centro fue cambiando conforme avanzaron las sesiones: su discurso abandonó los aspectos demasiado técnicos y cada vez se involucraron más en las tareas, al igual que los participantes con FIL y los profesionales de ADISLI. Resultó interesante, que estos últimos, el primer día, preguntaran dónde debían colocarse, atrás como siempre a esperar que se les pidiera apoyo en algunas cuestiones. A esta pregunta se les contestó que lo que se quería de ellos era que participaran y disfrutaran de las actividades como los demás (Fig. 20 y 27 en anexo 14.3)

En este punto, se debe destacar la evolución respecto a la actitud de todas las personas involucradas en la actividad, en cuanto a las tareas y al resto del grupo. Aumentan los comentarios humorísticos, la participación ante las obras y en los talleres, interactúan de forma más fluida y no existen inconvenientes por expresar las propias opiniones. Sin embargo, en la preparación de las exposiciones de las obras para la última sesión, no trabajaron en equipo, tuvieron problemas para reunirse, repartirse las tareas, y para verlo como una responsabilidad grupal. Además, durante la formación de los grupos, surgió un conflicto entre dos participantes, a raíz del cual, se reveló la situación de discriminación, que se estaba produciendo. Para poner este asunto sobre la mesa de forma indirecta, se incluye *El Matón del Vecindario* (anexo 14.4) en la última visita, sucediendo lo siguiente: de las dos personas acosadoras, una de ellas le echó todo el peso encima a la otra diciendo en bajo “eso va por ti” (comunicación personal, 22 de mayo, 2014); mientras que esta, no reaccionó y mantuvo su postura. De hecho, a la salida del museo invitó a sus compañeros ver el partido de fútbol de ese sábado a su casa menos al sujeto víctima del aislamiento. El impacto fue notable en una de las personas pertenecientes a ese grupo

de ocio independiente que se siente presionado para unirse a la discriminación. Esta persona intervino en el diálogo de forma constante, repitiendo en más de una ocasión “me siento identificado con esta obra” (comunicación personal, 22 de mayo, 2014) o “es como la vida misma” (comunicación personal, 22 de mayo, 2014).

Por último, resulta interesante la cuestión antes mencionada sobre la selección de obras que los participantes con FIL han realizado, entre las que no se encontraban referencias a la comida sana, sino personas paseando, en compañía y hablando con otras. Este hecho revela de forma indirecta de la importancia que tiene para ellos las relaciones sociales y personales

Reuniones (intercambio entre profesionales)

En el primer contacto con ADISLI, se averigua que los participantes se conocen, pero no pertenecen a un grupo ya establecido, por lo tanto no se sienten como tal. Este es el punto del que se parte. En la segunda, con los profesionales del CPHS, pusieron en relieve la buena predisposición de los participantes para establecer vínculos, tanto entre ellos, como con las personas de referencia y también las bromas y el ambiente lúdico que se había generado en el taller *Un paseo por el bosque*, así como la generosidad y la sinceridad en los regalos, la buena comunicación entre ellos a la hora de escuchar a los demás el reconocimiento sus aspectos positivos y el agradecimiento por ello. Igualmente, los profesionales reconocieron haber sentido, ellos mismos, que formaban parte de ese grupo. Otro aspecto que advierten, es la pérdida de atención en momentos concretos y tras un largo discurso. Proponen trabajar en ello para que, tanto las visitas como los talleres transcurran de manera más fluidos y se disfruten más. Para ello, sugieren reducir el número de obras, e involucrarlos más en la participación.

En la última reunión con el CPHS, antes de la quinta sesión, resaltan que los participantes cada vez dan información más veraz sobre ellos mismos, que ha mejorado la confianza y el diálogo entre todos los miembros del grupo y que se sienten cómodos tanto en el museo como en el aula del centro.

3. Autonomía (autocontrol, autoestima, asertividad, autodeterminación, toma de decisiones y responsabilidad).

Observación Participante (cuaderno de campo)

Durante todas las sesiones se han observado falta de autocontrol en constantes interrupciones a los compañeros, dificultades para respetar el turno de palabra y tendencia a monopolizar el discurso por parte de algunos participantes. Sin embargo, estas cuestiones han disminuido de una forma considerable, destacando el total respeto

del turno de palabra en la reflexión del *Tableau Vivant* en las sesiones tercera y cuarta, y sobre todo, durante la quinta sesión, en exposiciones de las obras de todos sus compañeros (*Fig. 31 en anexo 14.3*), a excepción de momentos puntuales donde se ha percibido que la atención disminuía. También se debe apuntar que se ha rectificado y pedido perdón, en todo momento.

En la autodeterminación, la toma de decisiones, asertividad y responsabilidad, a nivel general, se destacan dos momentos. En primer lugar, la elección democrática y por consenso de las obras para la visita siguiente, que funcionó a la perfección. Ya que se aclaró que esta tarea era competencia de los participantes con FIL, se mantuvieron firmes consigo mismos cuando los responsables del CPHS quisieron incluir *El desayuno francés*, de Childe Hassam, que no gustó a ninguno de ellos. En segundo lugar, se encuentra el taller de *Tableau Vivat*: el restaurante y la primera cita. En la escena del restaurante, el camarero “ángel malo” (comunicación personal, 08 de mayo, 2014), como lo denominaron algunos participantes, consiguió convencer a tres de los seis comensales, para que cambiaran su decisión de tomar agua durante la comida para acabar pidiendo Coca-cola y en gran cantidad. Si bien, se mantuvieron en su decisión de comer los alimentos sanos del menú, en los postres, uno de los participantes, justificando que había comido “ensaladas y esas cosas” (comunicación personal, 24 de abril, 2014), pidió tarta de chocolate, que cambió por un menú degustación de todos los postres tras la oferta del camarero. En la reflexión posterior, se descubrieron sus *puntos débiles* con la comida y se dieron consejos para abordar esos problemas incidiendo en la responsabilidad que tiene cada uno con su propia salud. Como ejemplo de esto, una participante reconoció que cada vez que va a la sede de ADISLI, por el camino compra dos bolsas de chucherías y se las come antes de llegar. Se le sugirió que intentara reducir poco a poco la cantidad, para empezar, de una a dos bolsas, luego a media, y así sucesivamente. Cuando, la investigadora estuvo en ADISLI, esta participante, llegó a la sede con una bolsa de chucherías que aún tenía la mitad, afirmando que solo había comprado una. También cabe destacar, que, en la segunda escena, la primera cita, los personajes amigos de los protagonistas, intentaron cambiar cada decisión que tomaban respecto a la ropa que se iban a poner, el maquillaje que iban a utilizar, las cosas sobre las que iban a hablar y los sitios a los que iban a ir. De forma global, les hacen caso y cambian todos sus planes por los de sus amigos.

También han surgido temas en relación a la autoestima y autoimagen. La participante que tenía una cita habla de vestirse “un poco provocativa” (comunicación personal, 8 de mayo, 2014), y el chico está obsesionado con comprar regalos para ella, para “fingir ser

rico” (comunicación personal, 8 de mayo, 2014). Cuando se discuten estas cuestiones al final de la escena, todos están de acuerdo en la importancia de las primeras apariencias cuando conoces a personas nuevas. En torno a este tema, se han recogido experiencias interesantes. En primer lugar, se introdujo con la obra *Venus y Cupido* de Peter Paul Rubens, a través del concepto *Belleza*, incidiendo en la importancia del interior y el exterior, así como en la importancia del equilibrio entre uno y otro. A la pregunta, *¿a vosotros qué os parece más importante, la belleza interior o exterior?*, en un primer momento casi todos eligieron la primera, a excepción de dos personas que escogieron el exterior y cinco personas, dos de ellas profesionales del CPHS y ADISLI, afirmaron que tenían la misma importancia. No obstante, cuando se les planteó la siguiente cuestión: *entonces, si estáis en una fiesta y ligáis con dos chicos uno guapo y otro feo, ¿con cual os quedáis?*, casi todos eligieron al guapo. Además, en el taller de esta primera visita, en la mayoría de los casos, la imagen de Venus y Cupido y la palabra *Belleza* fue colocada en el medio, entre los colores rojo (malos hábitos) y verde (buenos hábitos), y de forma confusa (*Fig. 10 en anexo 14.3*). No se advertía con claridad su juicio sobre los conceptos que se habían tratado delante de esa obra.

Tras este primer contacto con el tema, se decidió continuar indagando un poco más sobre estas cuestiones de autoimagen y autoestima en una segunda sesión, a través del ejercicio *Un paseo por el bosque*. Previamente a éste, el cartel de la marca Coca-Cola que aparece en la obra de Richard Estes, dio pie para hablar de la publicidad (*Fig. 11 en anexo 14.3*). En este sentido, cuando la investigadora propuso la situación en la que ella misma iba a una agencia de modelos a buscar trabajo todos los participantes, respondieron que no se lo darían por que tendría que estar mucho más delgada y ser más alta. En este momento se preguntó qué es el autoestima, y prácticamente todos supieron dar una definición más o menos válida, siendo además conscientes, que la situación de la agencia de modelos podría dañarla.

A continuación tuvo lugar el taller. Se realizó el primer árbol como ejemplo: “trabajadora, amable, simpática-voluntaria, pasear con el perro, ayudar con la compra-pelo, nariz, estoy buena” (comunicación personal, 10 de abril, 2014). En general, son conceptos bastante genéricos y prototípicos, que fueron repetidos: “trabajadora, amable, simpática, ayudo a los más necesitados, ayudo a mi madre en la compra, bajo al perro” (comunicación personal, 10 de abril, 2014) a excepción del último “estoy buena” (comunicación personal, 10 de abril, 2014), que se incluyó debido a las respuestas negativas dadas en la situación simulada de la agencia de modelos. El motivo fue

contraponer la negativa por no cumplir con las exigencias de belleza a sentirse bien consigo mismo y tu propio cuerpo.

En general, condicionó los conceptos positivos de sí mismos que los participantes escribieron en sus árboles, copiando, a sus compañeros y a las personas de referencia (profesionales de ADISLI, CPHS y educadoras). También, en la mayoría de los casos, les pidieron ayuda para escribir características positivas, porque no se les ocurría ninguna. Al principio tuvieron dificultades para reconocer sus aspectos buenos, y necesitaron preguntar a otras personas, pero después, todos fueron capaces de escribir algo que verdaderamente le gustaba de ellos mismos. Algunos ejemplos de esto son: “mantengo siempre la calma, mis piernas, generoso, voy a museos, me gusta mi figura, disfruto haciendo teatro, disfruto con los preparativos de mi casa, mi cabeza” (comunicación personal, 10 de abril, 2014). En ocasiones, fueron aspectos políticamente incorrectos en el lugar en el que estábamos, como por ejemplo “mi barriga” (comunicación personal, 10 de abril, 2014). En este ejercicio, se observa que la actitud de los participantes fue muy diferente la primera vez que se les pidió que se pusieran en pie, para leer los árboles de los demás, que en la segunda, para regalarse hojas como reconocimiento de sus virtudes (*Fig. 13 en anexo 14.3*). En la primera hubo quejas por el calor, a diferencia de la segunda, además sonreían, daban las gracias, y no querían acabar la actividad.

Finalmente, se debe retomar el tema de la responsabilidad, en cuanto a la preparación de la explicación de las obras para la última sesión. En general, no hubo un buen funcionamiento: existieron problemas para reunirse con ellos en las sesiones preparatorias extra, la mayoría no se prepararon las obras, improvisando delante de ellas e incluso reconociendo que lo habían leído en el autobús de camino al museo; la mayoría, habían impreso un texto de internet y lo leyeron, y tres de ellos, prepararon el discurso propio siguiendo, en menor o mayor medida, lo que se les había pedido (*Fig. 29 en anexo 14.3*). Uno de estos tres participantes, además, se responsabilizó del discurso de una compañera de su grupo que tiene mayores necesidades de apoyo, haciendo que se sintiera apoyada al hablar en público.

Reuniones (intercambio entre profesionales)

En el análisis del taller sobre los árboles, se comenta la sinceridad, un tanto condicionada por lo que las personas de referencia, habían demostrado en sus árboles, la generosidad en los regalos, así como el agradecimiento por el reconocimiento de sus compañeros. Se advierte que en la mayoría de las ramas de los árboles, donde se debía hablar del aspecto físico, muy pocos mencionaron partes de su cuerpo de cuello para abajo, centrándose en la cara. Al CPHS, le parece interesante el trabajo de estos temas, pero

son conscientes de que las sesiones son pocas, por lo que proponen seguir dando pequeños pasos en los que poder mezclar contenidos. Para ello, sugieren una propuesta concreta, realizar una escena de *Tableau Vivant*, en un chico y una chica tengan una primera cita, para trabajar, con ella, cuestiones como: el aspecto, las primeras impresiones y el manejo de las relaciones personales y sociales.

4. Arte (colección del museo Thyssen)

Observación Participante (cuaderno de campo)

En general, los participantes, ha preguntado por el autor y título de cada obra, cuando no se ha mencionado al principio. En algunas ocasiones, lo recordaban una o dos semanas después, en la siguiente sesión, mencionando, por ejemplo, título, autor y año aproximado de *Venus y Cupido*. Resulta interesante, que después no continuaran hablando de los conceptos sobre salud e ideal de belleza, y que necesitaran preguntas para poder continuar con este discurso brevemente. Algo similar ocurrió con *Bailarina Basculando*. Recordaron inmediatamente el título y autor y, aunque también necesitaron preguntas que iniciaran el recuerdo y el discurso, en esta ocasión fue más fluido. Las cuestiones que recordaban de esta obra no tenían que ver con los contenidos de hábitos saludables que se habían asociado durante la visita, sino que, estaban relacionados con el color, el encuadre, la fragmentación y la composición. También recordaban que tenía dos puntos de vista diferentes, uno de frente y otro desde arriba, debido a que el pintor estaba en un palco; que se había realizado a partir de dos fotografías; que las bailarinas vestidas con tutú naranja estaban entre bambalinas, e incluso recordaban el debate que se creó en torno a la inclinación del suelo y el escenario, que generó dudas a algunos participantes sobre si la escena estaba en un teatro o al aire libre.

Para terminar, resultó interesante mención del término *cultura* por parte de una participante en la primera visita. Para ella, “los cuadros y la pintura son cultura” (comunicación personal, 04 de abril, 2014), por lo que poder ir al museo suponía poder acceder a ella, hecho por el cual estaba contenta. Resultó ser una concepción un tanto elitista del término, que el educador del museo intentó explicar como “todo aquello que nos rodea y nos enriquece, no sólo cuadros y pinturas, y que además, todos tenemos cultura y participamos de ella” (comunicación personal, 04 de abril, 2014), para cambiarla.

Picnic de Discusión

Como cierre de programa, y herramienta de evaluación e investigación se llevó a cabo el *Picnic de discusión* con todas las personas que han asistido y compartido el tiempo de las

actividades, a excepción del educador del museo. Su finalidad fue obtener diferentes puntos de vista que puedan dar una visión más amplia del impacto del programa. A continuación se recogen los resultados más relevantes de esta reunión, respecto a las categorías y objetivos de investigación.

- En referencia a lo que habían aprendido sobre hábitos saludables, hubo algunas respuestas como “que hay que hacer más ejercicio y comer más sano” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014), que seguidamente reconocieron saberlo antes de este programa. Sin embargo, algunos de los participantes asociaron el escuchar música, “culturizarse” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014), el compromiso que han tenido en asistir a las sesiones, y escuchar a los demás como hábito saludable.
- En relación al arte y a la colección del museo, los profesionales del CPHS y de ADISLI, consideran que han aprendido sobre la existencia muchas metodologías para trabajar hábitos saludables y “cualquier otra cosa” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014), donde el arte “tiene muchas utilidades” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014) para trabajar diferentes cuestiones. También los participantes manifiestan la sorpresa por poder aprender sobre estos hábitos mediante el arte y los talleres, y cómo, a través de la pintura, se pueden “ver las cosas de otra manera” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014). Además, observan la actualidad en las obras de arte, pues “aunque hayan sido pintados hace muchos siglos, recogen lo que es importante en la vida y para el ser humano en la actualidad” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014). No solo se habla de la actualidad, sino de la experiencia, pues el participante que escoge la postal *El Matón del vecindario*, se siente identificado con la obra calificándola como “foto de lo que pasa hoy” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014).
- Las respuestas sobre las cuestiones que hacen alusión al espacio compartido: la conciencia de grupo, la comunicación, el respeto, etc., proporcionaron una importante información. En la elección de las postales, uno de los responsables de ADISLI, escogió *Waverley Oaks*, por la conexión con el momento que se estaba viviendo: un picnic en la naturaleza que “invita a la conversación ya estrechar lazos de amistad” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014). Además agradece a ADISLI, al educador del museo y a la investigadora, por haberle traído al Thyssen y enseñarle a “mirarlo de otra manera” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014), y reconocen haber “olvidado mi profesión de psicólogo” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014) y sentirse “muy a gusto y confortado”

(comunicación personal, 29 de mayo, 2014). En ocasiones se habla en primera persona del plural, “fuimos” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014), como si la acción perteneciera a la colectividad. Todos los miembros de ésta, acogieron encantados la postal como regalo y recuerdo de la experiencia.

- Reconocen que no han respetado el turno de palabra, y que se sentían mal cuando se producían esas interrupciones. En momentos puntuales, dejan de prestar atención al compañero que está hablando, pero se rectifica y pide perdón cuando se pone atención sobre ello. Esta situación se pone en relevancia por parte de los profesionales y de alguno de los participantes, como una constante durante las sesiones que ha mejorado. Todos creen haber compartido un espacio común, y una experiencia, sin embargo, resulta interesante el hecho que sólo los profesionales del CPHS y la investigadora compartieron con los demás la comida que habían traído.
- En mención a las cuestiones de autonomía, autodeterminación, responsabilidad, etc., todos manifestaron su agrado por la oportunidad que se les dio de ser los protagonistas por un día al tener que preparar la explicación de una *obra* (Fig.30 en anexo 14.3). Les pareció muy buena experiencia y sobre todo, se sintieron bien porque nunca lo habían hecho.
- Respecto al compromiso, visto como hábito saludable, ellos creen que fue bastante bueno por su parte, aunque reconocieron que no trabajaron en equipo para la preparación de las obras, pero que les habría gustado tener más tiempo para poder organizarlo juntos. Tanto los profesionales del CPHS, como de ADISLI, y la investigadora, estuvieron de acuerdo en esto.
- Resulta interesante la respuesta de la participante con necesidades de apoyo especiales que fue ayudada por su compañero durante la exposición. Cuando se le pregunta directamente a ella si le gustó la experiencia, respondió sí y que a su compañero también. Asimismo aprovechó este el momento, ante todos, para darle las gracias. Este, manifestó su bienestar por ayudar a su compañera y ver cómo leía la explicación y cómo contestaba a las preguntas del educador del museo.
- La mayoría de participantes han señalado que lo que más les ha gustado son las visitas al museo y el taller *Un paseo por el bosque* así como el *Tableau Vivant*. En especial, han destacado la posibilidad de poder exponer ellos los cuadros, y recibir críticas de parte del educador del museo, cuando no lo hacían bien.
- Por último, se recogen algunas de las sugerencias de todos los miembros del grupo para mejorar el programa: que las escenas fueran más cortas para que

podieran participar todos, o ampliar las sesiones para no perder la reflexión final de cada una de ellas; hacer más sesiones fuera, al aire libre; montar en bici un día por el Retiro.

- En general, todos habrían querido tener más sesiones en el museo y ver más obras, en grupo, a través del diálogo y el intercambio de perspectivas. Todos respondieron afirmativamente cuando se preguntó si repetirían la experiencia, pero en lugar de hábitos saludables, para “culturizarnos en general” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014).

Entrevistas semiestructuradas

Con la intención de recoger la opinión individual de los responsables de las dos instituciones externas al museo con las que se ha trabajado, se ha realizado una entrevista semiestructurada a cada uno de ellos. Debido a que se han utilizado las mismas preguntas, se ha realizado una tabla comparativa (*ver tabla 5*) con los resultados de las respuestas que se debe consultar en el *anexo 14.6*.

De manera general, existen respuestas similares, como por ejemplo la superación de las expectativas iniciales y la utilidad del arte como nueva metodología efectiva para su trabajo. También consideran que se han logrado los objetivos alrededor a los hábitos saludables como concepto amplio e integrado en la vida y la propia experiencia, así como en la detección de problemas acerca de ellos. Además, reconocen, por un lado, la existencia de una buena comunicación, aunque mejorable entre profesionales, y la formación de un grupo en torno a un clima de confianza, normalizado e integrador de diferentes puntos de vista, por el otro. Por último, y más importante, ambos coinciden en la necesidad de más tiempo para poder ampliar el programa a más sesiones, y ambos ofrecen disponibilidad y propuestas para trabajar en el futuro.

10. CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados, que dieron lugar a las categorías de salida y los resultados obtenidos del análisis de los datos extraídos durante todo el proceso de esta investigación, cuya finalidad es valorar las posibilidades del arte y el museo como generador de experiencias significativas en torno a los hábitos saludables, se pueden destacar las siguientes conclusiones.

En primer lugar, y en referencia a las cuestiones iniciales que se planteaban alrededor de los hábitos saludables, ha constituido una programación eficaz en cuanto a la obtención de información sobre los hábitos reales de los participantes en su vida diaria (*tabla 5 en*

anexo 14.6). Esta información, ha proporcionado una visión, tanto global en cuanto a grupo, como individual de cada participante, sobre los problemas y *puntos débiles* que merecían atención por parte de todos los profesionales involucrados, no solo por los del CPHS. En este sentido, se ha utilizado para establecer unas propuestas iniciales de cambio de los considerados malos hábitos. Si bien, no se ha podido comprobar el cumplimiento y efectividad de esos cambios a largo plazo, ha supuesto un punto del que partir a la hora de abordar estas preocupaciones. En él, han jugado un papel fundamental las ideas de compromiso y responsabilidad sobre la propia salud, que han sido comprendidos y aceptados por los participantes. Además, resulta significativa la importancia dada, por parte de éstos y durante todas las sesiones, a las ideas de compromiso, responsabilidad, autoestima, relacionarse socialmente o el acceso a la cultura, bajo la etiqueta *hábitos saludables*, que muestra la comprensión de la consideración holística del término salud que se quería transmitir, como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*” (OMS, 1948, p.1). Se considera que la comprensión no ha sido únicamente teórica, como ocurrió con los talleres y aulas ALAS, sino que se han experimentado esos tres niveles de la salud (*tabla 5 en anexo 14.6*), a través del dialogo ante las obras y la posibilidad de interactuar entre ellos durante los talleres. Esto se ha debido a dos cuestiones: por un lado, que el discurso se orientó hacia su propia vivencia, donde cada uno ha expresado sus opiniones para generar un debate y un intercambio de experiencias vividas, y por el otro, al uso de posibles situaciones reales en las que se debían tomar decisiones, siempre desde un punto de vista personal.

Por lo tanto, en este programa, el arte y la colección del museo Thyssen-Bornemisza de Madrid, ha logrado presentarse de manera eficaz como un vehículo de aprendizaje de hábitos saludables, en su concepción más amplia, y en conexión con la propia experiencia. Esta conexión, evidencia la apropiación, por parte del sujeto, de la obra de arte, pues la persona ha identificado su propia experiencia vital y social con el contenido representado, ya sea a nivel estético como filosófico, refiriéndose a la obra como una “foto de lo que pasa hoy” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014). Ha reconocido situaciones en las que se ha visto envuelto, sus propias preocupaciones, e incluso, las soluciones a éstas. En definitiva se ha producido la conquista de la obra de arte como parte de sí mismo. Este hecho evidencia que el arte y el museo han generado experiencias significativas para los participantes, implicándose en un aprendizaje real al habitar el contenido de la obra de arte. (Acaso, 2013). También cabe destacar, que no solo los resultados han sido positivos en cuanto a la experiencia y el aprendizaje entorno

a los hábitos saludables, sino que, de manera transversal, ha servido para que los participantes se introduzcan en los conceptos sobre arte e historia del arte, así como en la dinámica de visitar un museo.

En este punto, y como segundo aspecto a destacar en relación con los objetivos generales y las categorías, se ha producido la adopción del museo como un espacio propio, para las personas con discapacidad intelectual. Este hecho, ha supuesto para los participantes con FIL, el “acceso a la cultura” (comunicación personal, 29 de mayo, 2014), que ellos mismos han valorado de forma muy positiva. Según las palabras de los profesionales del ámbito de la educación social en las entrevistas, no se sienten incluidos en las dinámicas de acceso a la cultura (*tabla 5 en anexo 14.6*), a la que tienen derecho según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuando enuncia, en el artículo 27.1, que “toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten” (ONU, 1948). Con sus palabras, actitudes y predisposición a la participación, han manifestado sentirse parte de una comunidad de aprendizaje inscrita en el espacio del museo, donde su criterio se sitúa al mismo nivel de validez que los demás miembros del grupo.

De este grupo, no solo formaban parte los participantes con FIL, si no también los responsables socio-sanitarios del Centro de Promoción de Hábitos saludables, como los profesionales de la educación social de la asociación ADISLI, el educador del museo y la investigadora (*Fig. 20, 24, 26, 27 y 28 en anexo 14.3*), quienes manifestaron sentirse parte de esa comunidad (*Fig. 36 en anexo 14.3 y tabla 5 en anexo 14.6*) durante el transcurso de las actividades, aunque sin olvidar su profesión y responsabilidad con el diseño de las mismas fuera de ellas. Por lo tanto, debe considerarse un hecho logrado la formación de una conciencia de grupo y creación de un espacio normalizado y de inclusión, en un ambiente de lúdico y de confianza, no solo con el lugar físico, sino entre las personas. No obstante, se deben matizar algunos aspectos sobre el espacio normalizado y horizontal. Si bien, la atmósfera en la que se han inscrito las actividades se ha regido por el principio de normalización, debe entenderse dicho principio desde la diversidad, es decir, desde la valoración de los diferentes puntos de vista. Se considera, que el establecimiento de un entorno normalizado debe construirse sobre el respeto y la valoración por igual de lo que cada miembro del grupo puede aportar al patrimonio común. En este sentido, se puede sostener la existencia de horizontalidad entre todos los participantes, aún destacando la existencia de la jerarquía, mencionada en las entrevistas, en la que cada profesional sabía el lugar que debía ocupar. Se debe

entender dicha jerarquía desde los roles y las responsabilidades asumidas por cada uno de los integrantes del grupo con los demás, y desde la flexibilidad adoptada durante todo el proceso de investigación para cumplir con las necesidades de cada individuo, así como de la colectividad (*tabla 5 en anexo 14.6*).

Se debe reconocer el papel fundamental que ha jugado en la creación de dicho ambiente normalizado, el sentido del humor, el establecimiento de vínculos entre todos los participantes, así como el diálogo, imprescindibles para obtener información sincera. En este sentido, dicho diálogo ha resultado ser una herramienta eficaz para el intercambio de conocimiento y el aprendizaje, no solo sobre hábitos saludables, sino sobre la importancia de la diversidad de opinión y el valor de ésta. Además, ha permitido trabajar acerca del respeto del otro y los diferentes puntos de vista, que, si bien es cierto que han existido ciertos problemas para respetar el turno de palabra hasta la última sesión, se ha visto mejorada esta falta de autocontrol, paso a paso.

Asimismo, el compartir y respetar inquietudes, dudas y enfoques, supone un acto esencial para el desarrollo habilidades sociales, necesarias para desenvolverse en las relaciones personales y sociales, y, en general, en la vida diaria. Estas relaciones se han abordado desde la perspectiva de hábitos que mejoran la autoestima, y por lo tanto la salud, concebida como calidad de vida. En consecuencia, y teniendo en cuenta que el trabajo que se ha llevado a cabo en torno al progreso en las habilidades sociales y el establecimiento de una relación estrecha entre todos los integrantes del grupo, se podría considerar que este programa ha supuesto una experiencia relevante respecto a esa concepción integradora de salud.

Con el motivo de profundizar en cuestiones relevantes que han surgido o lograr los resultados esperados en aspectos, como el autocontrol en el turno de palabra y las interrupciones, así como en tareas concretas, como la preparación y exposición de las obras por parte de los participantes, el investigador, de acuerdo con los demás profesionales implicados en el proyecto, sostiene que se necesita más tiempo (*tabla 5 en anexo 14.6*). Resulta evidente que 6 sesiones no han sido suficientes, y que se debería ampliar el número de estas, sobre todo para incidir en la responsabilidad que se debe adquirir ante una tarea tan importante para el trabajo de la autoestima y la autonomía en personas con discapacidad intelectual, como supone la explicación de una obra de arte ante un público. Por lo que se refiere a la comunicación entre profesionales para el diseño de la programación, el análisis de las cuestiones inesperadas y las nuevas demandas surgidas durante la práctica, ha resultado bastante fluida, aunque conscientes de la necesidad de mejora para el establecimiento real de una red de trabajo entre

diferentes campos. En este proyecto no se ha establecido dicha red, sino que se ha llevado a cabo un trabajo de colaboración coordinado por la investigadora, quien ha llevado la gran parte del peso de la programación (*tabla 5 en anexo 14.6*). En este aspecto, también se debe considerar la exigencia de prolongar el proyecto en el tiempo, para mejorar el cumplimiento de los objetivos de todas las personas implicadas.

En definitiva, se puede concluir enunciando que el arte y el museo, a través de un programa de educación artística, puede generar aprendizaje y experiencias significativas entorno a los hábitos saludables, entendidos desde una concepción global de la salud. Esta consideración no se debe limitar a la alimentación sana y el ejercicio físico, sino que en ella confluyen una gran cantidad de factores que son necesarios trabajar, tales como: autoestima, asertividad, toma de decisiones, relaciones sociales y personales, autonomía, compromiso, respeto a uno mismo y a los demás, y sobre todo, responsabilidad. Y que, además, estas prácticas, producidas a través del arte como aguja tejedora de un entramado de experiencias individuales en un gran telar que es el museo, no solo han involucrado a personas con Funcionamiento Intelectual Límite, sino también a los profesionales socio-sanitarios, educadores e investigadores con los que han compartido las actividades.

Líneas de investigación futuras

Tras la revisión de los resultados obtenidos, y del intercambio de opiniones con los demás profesionales involucrados (*tabla 5 en anexo 14.6*), surgen varias posibilidades interesantes de investigación para el futuro. Las siguientes propuestas nacen del interés de continuar trabajando juntos en las necesidades del colectivo con discapacidad intelectual, concretamente con las personas con FIL, y se dirigen hacia cuatro enfoques.

En primer lugar, se plantea la necesidad de ampliar el tiempo y sesiones. Se ha comprobado que la metodología de trabajo ha resultado eficiente en el tratamiento de las cuestiones planteadas, en su mayoría, pero que algunos de los objetivos marcados se han mostrado demasiado ambiciosos para el periodo de tiempo con el que se contaba. Un ejemplo de esto ha sido la preparación y exposición de las obras por parte de las personas con FIL, quienes han manifestado que habrían necesitado más tiempo para llevarlo a cabo. La ampliación de las sesiones permitiría ajustarse a los tiempos y ritmos que necesitan estas personas para desempeñar ciertas tareas, y así obtener los resultados que se esperaban. También, ofrecería la posibilidad continuar la orientación de los hábitos saludables hacia los factores que confluyen en la salud antes mencionados (autoestima, autodeterminación, compromiso, habilidades sociales, etc), pudiendo

profundizar más en ellos, así como, permitir atender mejor a las demandas e intereses, de participantes y profesionales. Además, no solo se ve la necesidad de ampliar el periodo de implementación, sino también el de diseño y creación de los contenidos. Esto proporcionaría una mejor comunicación entre los responsables implicados en el proyecto, de modo que se pudiera crear una red de trabajo real.

En segundo lugar, se reconocen las posibilidades que podría tener un programa como este, para otros grupos de discapacidad intelectual y, además, para toda la población. Desde el Centro de Promoción de Hábitos Saludables, ven un gran potencial en la extensión del programa a otros colectivos, así como a la denominada la población general.

En tercero, se propone incorporar las prácticas artísticas, así como las visitas y actividades en museos, como metodología en las diferentes áreas de trabajo con discapacidad. El equipo de la asociación ADISLI, han manifestado su interés por integrarla en su intervención habitual en las áreas, como por ejemplo, en el tratamiento de la gestión de emociones y, en especial, en las cuestiones sobre autoestima, que por otra parte, supone el epicentro donde confluyen el resto de las áreas. Han expresado su interés en incorporar a un profesional de la educación artística en el equipo de trabajo.

Por último, la propuesta que puede resultar más interesante para continuar las líneas de investigación, se enfoca hacia las familias. Tanto ADISLI, como el CPHS, y la investigadora, creen que el trabajo con las familias de las personas con discapacidad podría ser muy fructífero dirigido hacia dos perspectivas:

- Primero, al *Cuidado de cuidadores*, es decir, se plantea trabajar en la gestión de las emociones de padres, hermanos y tutores de las personas con discapacidad, quienes viven por y para sus familiares con necesidades de apoyo. Lo que se plantea es generar un espacio de evasión que les pertenezca, en el que poder compartir sentimientos y preocupaciones, así como aprender de las prácticas artísticas.
- También, y en último lugar, se sugiere incorporar a las familias en la programación que se ha llevado a cabo, es decir, que padres, hermanos y tutores, compartan las actividades propuestas, en torno a los hábitos saludables, con sus familiares con discapacidad. Esta propuesta se dirige hacia dos objetivos que supondrían dar un paso más en dos cuestiones importantes. Por un lado, responde a la necesidad de reorientar el contexto de las personas beneficiarias del proyecto, en cuanto a los hábitos saludables ya que, debido a la situación de dependencia, en mayor o menor grado, resulta fundamental que las personas de su entorno también aprendan los hábitos y, sobre todo, adquieran la responsabilidad de cambiarlos para mantenerse

en ellos. Por el otro lado, la incorporación de las familias sugiere un avance en cuestiones de autoestima, autonomía y autodeterminación, pues se propone que el primer público de la explicación de las obras de arte, por parte de las personas con FIL, esté constituido por sus personas de referencia. Supondría, una manera de autoafirmación y demostración de las propias capacidades ante quienes, en muchas ocasiones, ejercen una sobreprotección hacia sus familiares con discapacidad.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Libros, artículos, actas de conferencias y otros documentos.

- Acaso M., (2013). *rEDUvolution, hacer la REVOLUCIÓN en la EDUCACIÓN*. Madrid: Paidós.
- Artigas-Pallarés. (2011). *El Funcionamiento Intelectual Límite en el marco de los trastornos del neurodesarrollo*. En Salvador-Carulla, L., Ruiz Gutiérrez Colosía, M., & Nadal Pla, M. (coord.). *Manual de Consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)*. (pp.73-110). Madrid: Obra social Caja Madrid.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington D.C: American Psychiatric Association. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5>
- Argandoña, A. (2012). *Otra definición de Responsabilidad Social*. En *Comentarios de la Cátedra "la Caixa" de Responsabilidad Social de la Empresa y Gobierno Corporativo* del IESE Business School. Navarra: Universidad de Navarra
- Ávila, N. (2013). *Un modelo de integración de arte y salud en España: el proyecto curArte I+D*. Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 18, núm. 1. p. 120-137. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18\(1\)_10.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18(1)_10.pdf)
- Ayuso, H. y Roser, S. (2011). *La construcción dialógica como sistema para trabajar con colectivos especiales: dos casos de estudio en la Panera*. En Acaso, M. (coord.). *Perspectivas. Situación actual de la educación en los museos de artes visuales*. (pp. 96-100). Madrid: Fundación Telefónica, Ariel.
- Bonilla Hernández, S. (2005). *Evaluación de las prácticas de crianza y su impacto en la calidad de vida infantil en una muestra de escuelas PEC y NO PEC en el municipio de Puebla* [Tesis Doctoral] Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla, México, 2005. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/indice.html

- Cea D'Ancona, M.A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Eisner, E.W. (2009). *El museo como lugar para la educación*. En VV. AA. *Actas, ponencias y comunicaciones del I Congreso Internacional. Los museos en la educación: la formación de los educadores*. (pp. 12-21). Madrid: Fundación Thyssen.
- COMISIÓN EUROPEA (1998) Programa de Acción social 1998-2000. Luxemburgo.
- ENLINEA. (ed.) (2007). *Guía Técnica. Inteligencia Límite. ¿Qué es...?. Conceptos. Recursos. Datos de Interés*. Nº 1 [Folleto]. Madrid: Asociación ENLINEA.
- Escobar, J., & Bonilla-Jiménez, F.I. (2009). *Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica*. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. Vol. 9. 1, 51-67. Disponible en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf
- Flores Bienert, M.B. (coord.). (2003). *La promoción de la salud: una perspectiva pedagógica*. Valencia: Au Libres. Serie Educación Social.
- Fontal Merillas, O. (2010). *El DEAC, aparato digestivo del MUSAC*. Sola, B. (coord.). *Experiencias de aprendizaje con el arte actual en las políticas de la diversidad. Educación y Acción Cultural MUSAC*. (pp. 10-15). Barcelona: MUSAC y ACTAR.
- Forte, M.A. (2009). *Metodologías didácticas para la enseñanza/aprendizaje de competencias*. Curso CEFIRE: Competencias en el ámbito de las ciencias experimentales. Programar y trabajar por competencias. Castellón: Formació professorat de la Unitat de Suport Educatiu (UJI).
- Frontera Sancho, M., & Gómez Bahillo, C. (2011). *INTELIGENCIA LÍMITE. Perfil, necesidades, recursos y propuestas de mejora*. Madrid: Asociación ENLÍNEA. Disponible en:
http://www.fundacionmontemadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OBSSocial_EstudiointeligenciaLímite.PDF
- García Ibáñez, J., Martínez-Leal, R. y Aguilera, F. (2011). *Funcionamiento Intelectual límite y ciclo vital*. En Salvador-Carulla, L., Ruiz Gutiérrez Colosía, M., & Nadal Pla, M. (coord.). *Manual de Consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)*. (pp.111-126). Madrid: Obra social Caja Madrid.
- Gamoneda, A. (2009). *El educador invisible*. En VV. AA. *Actas, ponencias y comunicaciones del I Congreso Internacional. Los museos en la educación: la formación de los educadores*. (pp. 233-236). Madrid: Fundación Thyssen.

- Gamonedá, A. (2011). *Educatyssen y Red de Públicos: En el país de los espejos. Personas, arte y museo*. En Carnacea Cruz, A. y Lozano Cámara, A. (coords.). *Arte, Intervención y Acción Social. La creatividad transformadora* (pp. 285-298). Madrid: Grupo 5.
- Gamonedá, A. (2011). *Thyssen: relaciones entre museo y salud*. Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23 Núm. Especial. 245-255.
- Grupo Confil. (2011). *Declaración sobre el Funcionamiento Intelectual Límite*. En Salvador-Carulla, L., Ruiz Gutiérrez Colosía, M., & Nadal Pla, M. (coord.). *Manual de Consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)*. (pp.17-19). Madrid: Obra social Caja Madrid.
- Lorente, M. y Lucea, B. (2001). El museo: nexo entre sociedad y su cultura. En Montañés, C. (2001). *El Museo. Un espacio didáctico y social*. (pp. 65-85). Zaragoza: Mira Editores
- Martínez, P. (2009). Distrito MNCARS. *Políticas educativas de proximidad: el potencial del museo como agente social para el cambio*. En VV. AA. *Actas, ponencias y comunicaciones del I Congreso Internacional. Los museos en la educación: la formación de los educadores*. (pp. 144-149). Madrid: Fundación Thyssen.
- Moreno, A. (2011). Presentación II. En En Carnacea Cruz, A. y Lozano Cámara, A. (coords.). *Arte, Intervención y Acción Social. La creatividad transformadora* (pp 15-17). Madrid: Grupo 5.
- Morón, M. (2009). *Accesibilidad universal en el museo*. Acaso, M. (coord.). *Perspectivas. Situación actual de la educación en los museos de artes visuales*. (pp. 92-96). Madrid: Fundación Telefónica, Ariel.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (1982) Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales, México. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (1997). *V Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas*. Hamburgo: UNESCO. Disponible en: <http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/con5spa.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2001). *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*. UNESCO. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162s.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización de la Salud*. Nueva York: Conferencia Internacional del 22 de julio de 1946. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud. Glosario* Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial.. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa* (2ª ed.). Málaga: Aljibe.
- Salvador-Carulla, L., Ruiz Gutiérrez Colosia, M., & Nadal Pla, M. (coord.). (2011). *Manual de Consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite (FIL)*. Madrid: Obra social Caja Madrid.
- Schalock, R., y Verdugo, M.A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista Española de Discapacidad Intelectual. Vol.34. 4, 21-36.
- Sola, B. (2007). *Reinventar la práctica. Experimentar la teoría*. En Calaf Masachs, R., Fontal Merillas, O. y Valle Flórez, R.E. (coords.). *Museos de Arte y Educación. Construir patrimonios desde la diversidad*. (pp. 251-262). Gijón: Trea.
- Sola, B. (coord.). (2010). *Experiencias de aprendizaje con el arte actual en las políticas de la diversidad. Educación y Acción Cultural MUSAC*. Barcelona: MUSAC y ACTAR.
- Teixeira, N. (2010). *¿Qué puede aportar un museo? Inclusión de colectivos con diferentes capacidades*. En Sola, B. (coord.). *Experiencias de aprendizaje con el arte actual en las políticas de la diversidad. Educación y Acción Cultural MUSAC*. (pp.66-73). Barcelona: MUSAC y ACTAR.
- Valle Florez, R.E. (2007). *Educación y arte contemporáneo: ¿nuevas presencias? El museo se hace eco de la diversidad*. En Calaf Masachs, R., Fontal Merillas, O. y Valle Flórez, R.E. (coords.). *Museos de Arte y Educación. Construir patrimonios desde la diversidad*. (pp. 83-102). Gijón: Trea.

Van Rossem, K. (2011). *¿Qué es un diálogo socrático?*. Revista digital del CEP de Alcalá de Guadaíra. Volumen I. 9, 1-9. Disponible en:

http://www.socratischgesprek.be/teksten/artikel_SG_Spaans.pdf

Vega Fuente, A. (2007). *La promoción de la salud ante la discapacidad*. Barcelona: DaVinci.

Verdugo, M.A. (2009). *El cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida*. Revista de Educación. 394, 23-42.

Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L. E., y Schalock, R.L. (2009). *Escala GENCAT, manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya. Disponible en:

<http://inico.usal.es/27/instrumentos-evaluacion/escala-de-calidad-de-vida-gencat.aspx>

Páginas web

Asociación ADISLI. [En línea]. Disponible en: <http://adisli.org/> [2014, 07 de abril]

ARTE BOTIQUIN [En línea]. Disponible en: <http://artebotiquin.blogspot.com.es/> [2014, 01 de julio]

Consejo Internacional de Museos (ICOM). [En línea]. <http://www.icom-ce.org/contenidos09.php?id=43> [2014, 16 de julio]

Museo Thyssen Bornemiza de Madrid. [En línea]. Disponible en: <http://www.museothyssen.org/thyssen/home> [2014, 20 de marzo]

Organismo de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (mayo, 2014). *Madrid + Salud. Centros de Madrid Salud*. [En línea]. Madrid. Disponible en: http://www.madridsalud.es/centros/centros_ms_CMS.php. [2014, 07 de mayo]

Organización de las Naciones Unidas. (2014, agosto) *Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948*. [En línea]. Nueva York. Disponible en: <http://dudh.es/> [2014, 10 de agosto]

Organización Mundial de la Salud. Disponible en: Organización Mundial de la Salud. (2014, febrero) [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Un Salón para todos. (2014, abril) [blog]. [en línea]. Disponible en: <http://unsalonparatodos.blogspot.com.es/p/cms-usera.html>. [2014, 20 de junio].

12. BIBLIOGRAFÍA

Libros, artículos, actas de conferencias y otros documentos.

- Acaso M., (2009). *La educación artística no son manualidades. Nuevas prácticas en la enseñanza de las artes y la cultura visual*. Madrid: Catarata.
- Acaso, M. (coord.). (2011). *Perspectivas. Situación actual de la educación en los museos de artes visuales*. Madrid: Fundación Telefónica, Ariel.
- Acaso M., (2013). *rEDUvolution, hacer la REVOLUCIÓN en la EDUCACIÓN*. Madrid: Paidós.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington D.C: American Psychiatric Association. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5>
- Ávila, N. (2013). *Un modelo de integración de arte y salud en España: el proyecto curArte I+D*. Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 18, núm. 1. p. 120-137. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18\(1\)_10.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18(1)_10.pdf)
- Ávila, N., & Acaso, M. (2011). *Una profesión reconocida en contextos de salud: la educación artística*. Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23 Núm. Especial. 19-27.
- Belver, M.H. (2011). *El Arte y la Educación artística en contextos de salud*. Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23 Núm. Especial. 11-17.
- Bonilla Hernández, S. (2005). *Evaluación de las prácticas de crianza y su impacto en la calidad de vida infantil en una muestra de escuelas PEC y NO PEC en el municipio de Puebla* [Tesis Doctoral] Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla, México, 2005. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf
- Calaf Masachs, R., Fontal Merillas, O., & Valle Flórez, R.E. (coords.). (2007). *Museos de Arte y Educación. Construir patrimonios desde la diversidad*. Gijón: Trea.
- Carr, W. (2002). *Una teoría para la educación. Hacia una investigación educativa crítica*. (3º ed.). A Coruña: Morata
- Carnacea Cruz, A., & Lozano Cámbara, A. (coords.). (2011). *Arte, Intervención y Acción Social. La creatividad transformadora*. Madrid: Grupo 5.
- Castro Faune, C. (2012). *El método socrático y su aplicación pedagógica contemporánea*. Bajo Palabra. Revista de Filosofía. II Época.7, 441-452. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3941748>
- Cea D'Ancona, M.A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

- De Carli, C. (2003). *Education Throug Art.I musei di arte contemporánea e i servizi educativi tra storia e progetto*. Milano: Edizioni Gabriele Mazzotta.
- ENLINEA. (ed.) (2007). *Guía Técnica. Inteligencia Límite. ¿Qué es...?. Conceptos. Recursos. Datos de Interés. 1 [Folleto]*. Madrid: Asociación ENLINEA.
- Escobar, J., & Bonilla-Jiménez, F.I. (2009). *Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica*. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. Vol. 9. 1, 51-67. Disponible en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf
- Flores Bienert, M.B. (coord.). (2003). *La promoción de la salud: una perspectiva pedagógica*. Valencia: Au Libres. Serie Educación Social.
- Fortea, M.A. (2009). *Metodologías didácticas para la enseñanza/aprendizaje de competencias*. Curso CEFIRE: Competencias en el ámbito de las ciencias experimentales. Programar y trabajar por competencias. Castellón: Formació professorat de la Unitat de Suport Educatiu (UJI).
- Frontera Sancho, M., & Gómez Bahillo, C. (2011). *INTELIGENCIA LÍMITE. Perfil, necesidades, recursos y propuestas de mejora*. Madrid: Asociación ENLÍNEA. Disponible en:
http://www.fundacionmontemadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OBSSocial_EstudioInteligenciaLímite.PDF
- Gamoneda, A. (2011). *Thyssen: relaciones entre museo y salud*. Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23 Núm. Especial. 245-255.
- Günter, L.H. (2008). *Aprendizaje activo y metodologías educativas*. Revista de Educación Instituto de Evaluación. Ministerio de Educación de España. Vol. Extraordinario. 59-81. http://www.revistaeducacion.mec.es/re2008_04.htm
- Guerrero, J. (2011). *Humanizando la discapacidad. De la etnografía al compromiso en la investigación sociocultural de la discapacidad intelectual*. Revista de Antropología Experimental, 11, 127-138. Disponible en:
<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2011/09guerrero11.pdf>
- Hein, G.H. (2009). *La Responsabilidad Social de los Museos*. Simposio Internacional de Educación en los Museos: *La Aportación Educativa de los Museos a la Sociedad*. Puerto Rico: Museo de Arte de Ponce.30-43. Disponible en: <http://george-hein.com/downloads/responsabilidadSocial.pdf>
- Instituto de Salud Pública Madrid Salud. (2013). *¡Estrategia Gente + Saludable, 2010-2015!*. Madrid: Instituto de Salud Pública Madrid Salud. Disponible en:

http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/pdfs/Estrategia_Gente_Saludable_feb2014.pdf

- Laferrière, G. (1997). *La evaluación creativa: una propuesta dirigida a los enseñantes y animadores*. Educación social : revista de intervención socioeducativa. Vol. 5. p. 76-85. Disponible en: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/29433>
- Latorre, A., Del Rincón, D. y Arnal, J. (2005). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Ediciones experiencia.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). *Manual de referencia CIE-10 PCS. Traducción de la normativa oficial americana para ICD10PCS correspondiente al año fiscal 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE_10_PCS_M_Referencia_2013.pdf
- Morón, M. (2011). *La creación artística en la educación de las personas con discapacidad intelectual. La autodeterminación*. Tesis doctoral. Facultat de Formació del Professorat. UB. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/31794/06.MMV_FUENTES_RECURSO_S.pdf?sequence=7
- Macleán, J. (2008). *The art of inclusion. Canadian review of art education*, 35, 75-98. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ822676.pdf>
- Montañés, C. (2001). *El Museo. Un espacio didáctico y social*. Zaragoza: Mira Editores
- Moreno, J. M. y Montero, P. J. (2007). *Intervención educativa en la discapacidad intelectual: talleres y aplicaciones prácticas*. Madrid: EOS.
- Organización de las Naciones Unidas.(2006) *Convención Universal de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En fácil lectura*. (3ª ed. Revisada y ampliada). España: Seminario de Investigación en Lectura y Edición, Grupo DILES, Universidad Autónoma de Madrid (con la colaboración de Editilia). Disponible en: http://www.siiis.net/documentos/documentacion/Convencion_Facil_Lectura.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (1982) Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales, México. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (1997). *V Conferencia Internacional de Educación de las Personas*

Adultas. Hamburgo: UNESCO. Disponible en:

<http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/con5spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización de la Salud*.

Nueva York: Conferencia Internacional del 22 de julio de 1946. Disponible en:

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*

OMS, Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Política de salud para todos para el siglo XXI*.

En 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Disponible en:

http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf

Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2001).

CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la

Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de

Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/oms-clasificacion-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la*

Discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial..

Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Reed, G.M., & Ayuso-Mateos, J.L. (2011). *Hacia una clasificación Internacional de los*

Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. Revista de psiquiatría y

salud mental. Vol. 4., 113-116. doi: 10.1016. Dispñible en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental--286/hacia-una-clasificacion-internacional-los-trastornos-mentales-90027945-editoriales-2011>

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la*

Investigación Cualitativa (2ª ed.). Málaga: Aljibe

Salvador-Carulla, L., Ruiz Gutiérrez Colosia, M., & Nadal Pla, M. (coord.). (2011). *Manual*

de Consenso sobre Funcionamiento Intelectual Límite (FIL). Madrid: Obra social

Caja Madrid.

Schalock, R. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. En *III Jornadas*

Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca:

Universidad de Salamanca, España. Disponible en:

<https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf>

- Schalock, R., y Verdugo, M.A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista Española de Discapacidad Intelectual. Vol.34. 4, 21-36.
- Sola, B. (coord.). (2010). *Experiencias de aprendizaje con el arte actual en las políticas de la diversidad*. Educación y Acción Cultural MUSAC. Barcelona: MUSAC y ACTAR.
- Van Rossem, K. (2011). *¿Qué es un diálogo socrático?*. Revista digital del CEP de Alcalá de Guadaíra. Volumen I. 9, 1-9. Disponible en:
http://www.socratischgesprek.be/teksten/artikel_SG_Spaans.pdf
- Vega Fuente, A. (2007). *La promoción de la salud ante la discapacidad*. Barcelona: DaVinci.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L. E., y Schalock, R.L. (2009). *Escala GENCAT, manual de aplicación de la escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya. Disponible en:
<http://inico.usal.es/27/instrumentos-evaluacion/escala-de-calidad-de-vida-gencat.aspx>
- VV. AA. (2009). *Actas, ponencias y comunicaciones del I Congreso Internacional. Los museos en la educación: la formación de los educadores*. Madrid: Fundación Thyssen.

Páginas web

- Asociación ADISLI. [En línea]. Disponible en: <http://adisli.org/> [2014, 07 de abril]
- ARTE BOTIQUIN [En línea]. Disponible en: <http://artebotiquin.blogspot.com.es/> [2014, 01 de julio]
- Museo Thyssen Bornemizsa de Madrid. [En línea]. Disponible en:
<http://www.museothyssen.org/thyssen/home> [2014, 20 de marzo]
- Organismo de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (mayo, 2014). *Madrid + Salud. Centros de Madrid Salud*. [En línea]. Madrid. Disponible en:
http://www.madridsalud.es/centros/centros_ms\CMS.php. [2014, 07 de mayo]
- Organismo de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (mayo, 2014). *Madrid + Salud. Centros de Monográficos*. [En línea]. Madrid. Disponible en
<http://www.madridsalud.es/centros/habitossal.php>
- Organización de las Naciones Unidas. (2014, agosto) *Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948*. [En línea]. Nueva York. Disponible en: <http://dudh.es/> . [2014, 10 de agosto]

Organización Mundial de la Salud (2014, junio) [En línea]. Disponible en:

<http://www.who.int/es/> [2014, 23 de junio]

Organización Mundial de la Salud. Disponible en: Organización Mundial de la Salud.

(2014, febrero) [En línea]. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/disabilities/es/> [2014, 05 de febrero]

Un Salón para todos.(2014, abril) [blog]. [en línea]. Disponible en:

<http://unsalonparatodos.blogspot.com.es/p/cms-usera.html>. [2014, 20 de junio].

13. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Figuras

Fig. 1. Justificación e hipótesis. (p.9)

Fig. 2. Mapa mental sobre la organización de los antecedentes. (p.77)

Fig. 3. Colaboración CPHS y ADISLI. (p.15)

Fig. 4. Investigación-Acción y Estudio de caso único. (p.26)

Fig. 5. Categorías y subcategorías de investigación. (p.27)

Fig. 6. Mapa mental sobre la organización del marco teórico. (p.76)

Fig. 7. Imagen del grupo ante las obras durante la visita al museo (p.79)

Fig. 8. Participantes trabajando en el taller Manteles Saludables (p.79)

Fig. 9. Participante y educador del museo dialogando ante la obra *Objetos para un rato de Ocio*. (p.79)

Fig. 10. Mantel saludable realizado por un participante. (p.79)

Fig. 11. Grupo ante la obra *Nedick's*. (p.80)

Fig. 12. Detalle de las manos de los participantes regalando hojas. (p.80)

Fig. 13. Participantes intercambiando hojas durante el *Paseo por el bosque*. (p.80)

Fig. 14. Detalle de participante incorporando al árbol las hojas recibidas. (p.80)

Fig. 15. Participante con su árbol durante la dinámica. (p.80)

Fig. 16. Árbol de un participante tras la dinámica. (p.80)

Fig. 17. Participante observando la obra *Fiesta Campesina*. (p.81)

Fig. 18. Imagen del grupo ante las obras durante la visita al museo. (p.81)

Fig. 19. Participante y educador observando la obra *Fiesta Campesina*. (p.81)

Fig. 20. Participantes y responsables preparando la escena para el *Tableau Vivant*. (p.81)

Fig. 21. Rol del educador para el *Tableau Vivant*. (p.81)

Fig. 22. Participantes preparando la escena para el *Tableau Vivant*. (p.82)

Fig. 23. Espectadores de la escena del restaurante para el *Tableau Vivant*. (p.82)

- Fig. 24. Participantes y educador representando durante el taller de *Tableau Vivant*. (p.82)
- Fig. 26. Profesionales del CPHS y participante preparando la escena del *Tableau Vivant*. (p. 83)
- Fig. 25. Cartel del recordatorio de las obras vistas en la visita anterior al museo. (p. 83)
- Fig. 27. Responsables de ADISLI y participantes preparando la escena del *Tableau Vivant*. (p. 83)
- Fig. 28. Investigadora y participante bromeando sobre los hábitos saludables durante la preparación del *Tableau Vivant*. (p. 83)
- Fig. 30. Participante realizando su exposición ante la obra seleccionada (p.84)
- Fig. 31. Participantes y responsables escuchando la exposición de sus compañeros. (p.84)
- Fig. 29. Participantes realizando su exposición ante la obra seleccionada. (p.84)
- Fig. 32. Postales que se regaló a todas las personas participantes. (p.85)
- Fig. 33. Todos los participantes seleccionando la postal. (p.85)
- Fig. 34. Participantes mostrando la postal elegida. (p.85)
- Fig. 35. Detalle de la comida traída al picnic. (p.85)
- Fig. 36. Foto final de todos los participantes en el programa. (p.86)

Tablas

- Tabla 1. Cronograma del proceso de investigación. (p.78)
- Tabla 2. Características de las personas con Funcionamiento Intelectual Límite. (p.31-32)
- Tabla 3. Objetivos de la promoción y la prevención de la salud. (p.35)
- Tabla 4. Recursos y profesionales involucrados en el proyecto. (p.87)
- Tabla 5. Respuestas comparadas de las entrevistas a los profesionales de ADISLI y CPHS. (p.97)

13. ANEXOS

13.1. CONVENIO DE COLABORACIÓN DE MADRID SALUD Y CURARTE I+D



NOTA DE RÉGIMEN INTERNO

Universidad Complutense de Madrid
Servicio de Relaciones Institucionales y
Cooperación
Avda. Séneca, 2-4ª planta
uto@pas.ucm.es
Tfno. 3316 / 3473
28040 MADRID

DE: Sección de Gestión de convenios UCM

A: **Noemí Ávila Valdés**
Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica
Despacho 1614
PROYECTO CURARTE I+D
Facultad de Educación. UCM

FECHA: 9.5.2012

ASUNTO: Remisión de Convenios

ID CONVENIO: ID- 10724


Te adjunto dos originales del Convenio entre la **UCM** (Fac. de Bellas Artes/ Acciones específicas para practicas de estudiantes del experto en Talleres de Arte y Creatividad en contextos de Salud) y **Madrid Salud - CMS del Ayuntamiento de Madrid**. Han sido firmados y visados por el Vicerrector de Relaciones Institucionales y Relaciones Internacionales.

Quedamos a la espera de que los envíes a Madrid Salud. Nosotros nos hemos quedado con uno de los ejemplares del Convenio para su custodia en esta Universidad.

Se entiende que el Decano de la Facultad, está al tanto de la tramitación del Convenio.

N- Te devuelvo los tres ejemplares que en su día Madrid Salud nos envió firmado por ellos, para que se los entregues y puedan destruirlos.

Recibe un saludo,


M. Carmen López Alarcón

13.2 MAPAS CONCEPTUALES Y CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

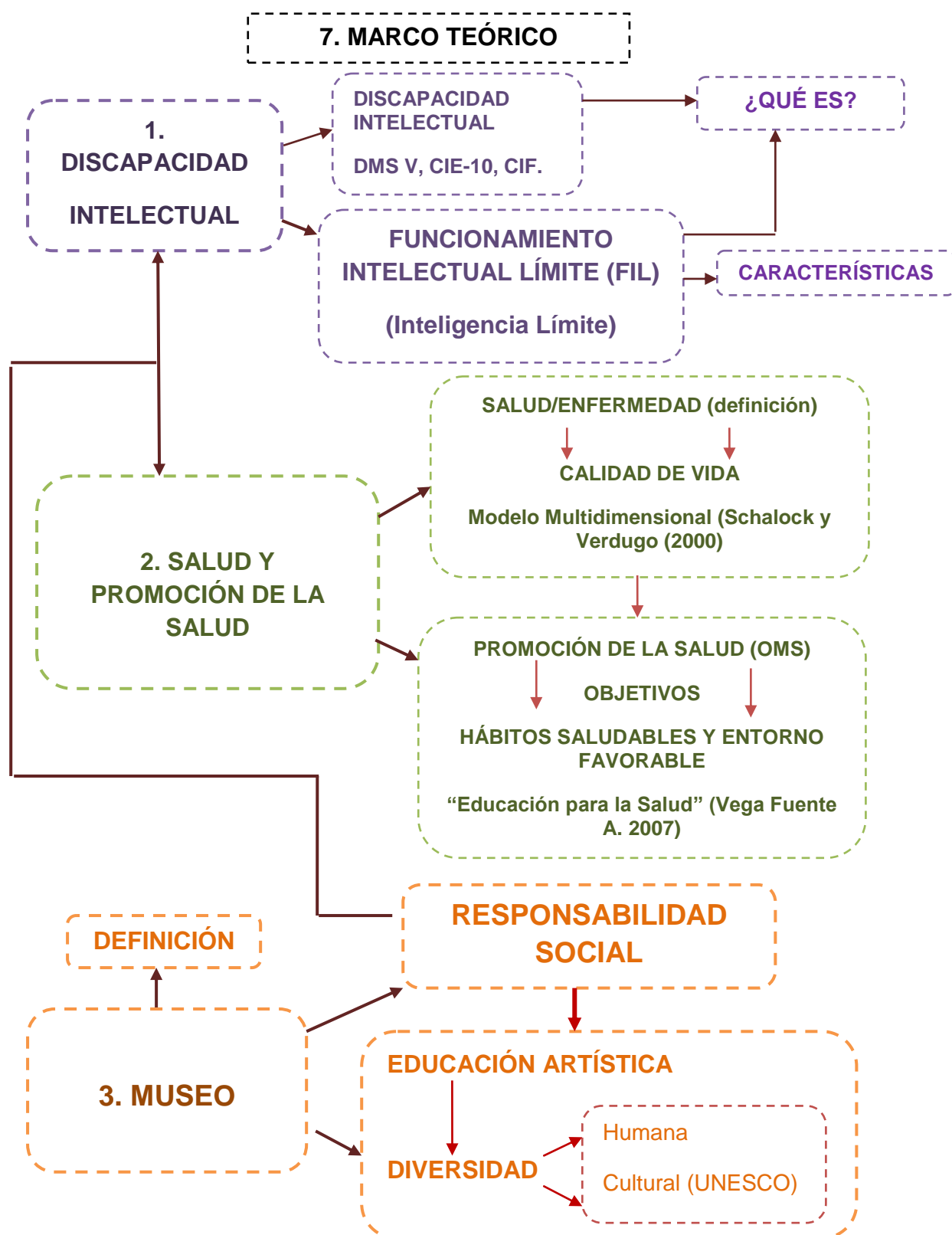


Fig. 6. Mapa mental sobre la organización del marco teórico

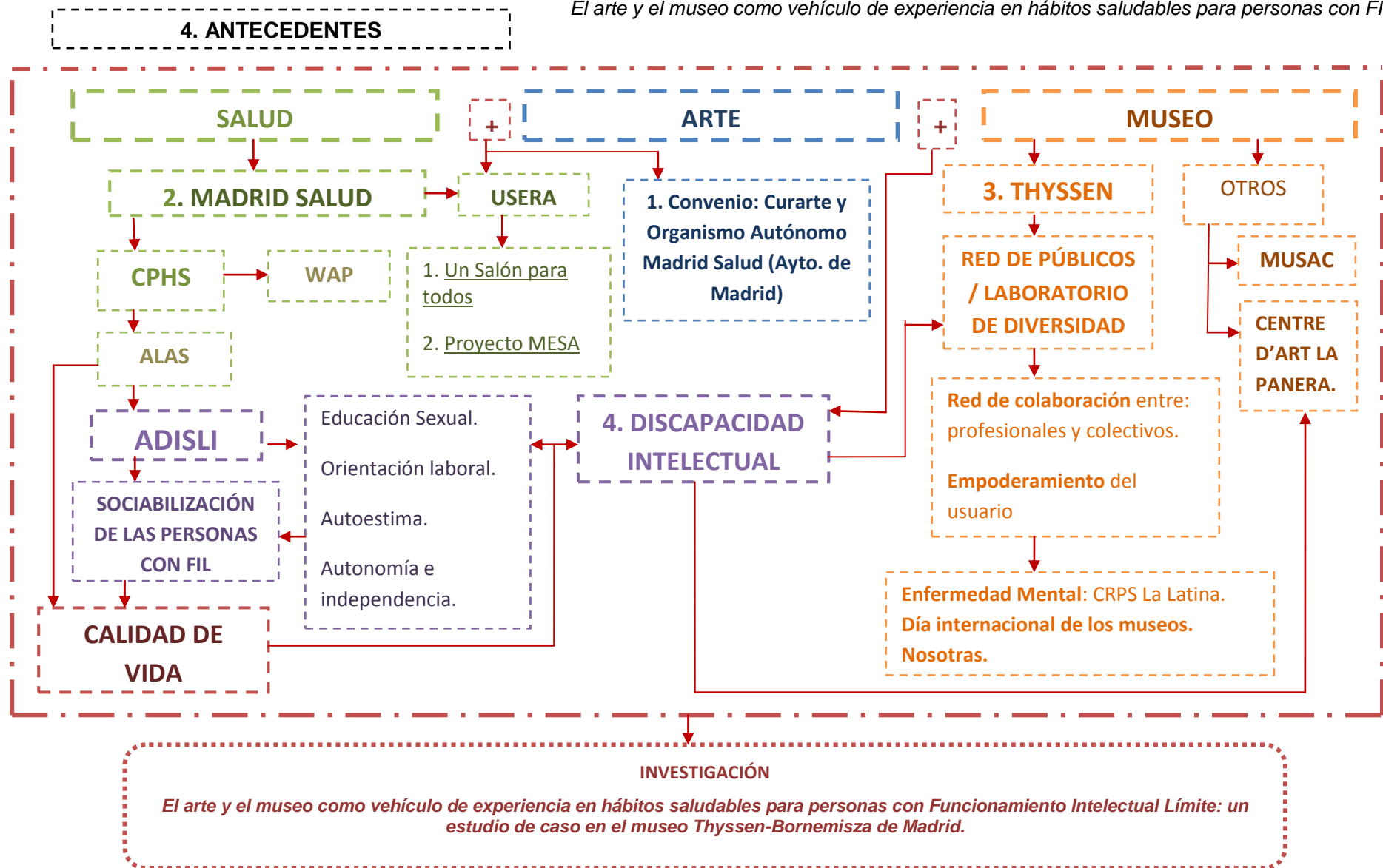


Fig. 2. Mapa mental sobre la organización de los antecedentes.

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Encuentro en CMS Usera. Primer contacto con el CPHS.	<ul style="list-style-type: none"> - Propuesta de colaboración CPHS y UCM. Redacción de un borrador. - Presentación del borrador al museo Thyssen-Bornemisza. - Visto bueno del museo y aceptación de la colaboración: CPHS, Thyssen y UCM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primera (museo)entre: Thyssen, CPHS y UCM. Conocimiento y Negociación de contenidos y objetivos. Propuesta del grupo participante: ADISLI - Segunda (CPHS), con la dirección de ADISLI. Presentación del proyecto. - Primera redacción del documento "Planificación de las líneas de trabajo". - Calendarización de las sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesión 1:04/04/2014. Evaluación de la sesión con el educador del museo: Cambio de hipótesis. - Sesión 2: 10/04/2014 - Reunión con CPHS. 21/04/2014. Revisión de lo ocurrido hasta el momento. Reorganización de contenidos y actividades - Reunión con el educador del museo, según lo hablado con CPHS. Decisión: Taller de Tableau vivant. - Sesión 3 (museo) 24/04/2014 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesión 4. CPHS.08/05/2014. Conflicto: descubrimos el problema de discriminación. - Reunión CPHS. 12/05/2014. Revisión de lo ocurrido hasta el momento. Reorganización de contenidos y actividades - Reunión con el educador del museo, según lo hablado con CPHS. Preparación de las obras en ADISLI. - Sesión 5. Museo. 22. 05/2014. Explicación de las obras por los participantes. - Sesión 6. "Picnic de Discusión). El Retiro. - Entrevistas con: ADISLI y CPHS.

Tabla 1. Cronograma del proceso de investigación.

14.3. IMÁGENES DE LAS SESIONES

Sesión 1. Museo Thyssen-Bornemisza



Fig. 7. Imagen del grupo ante las obras durante la visita al museo.



Fig. 8. Participantes trabajando en el taller Mantel Saludable



Fig. 9. Participante y educador del museo dialogando ante la obra *Objetos para un rato de Ocio*.

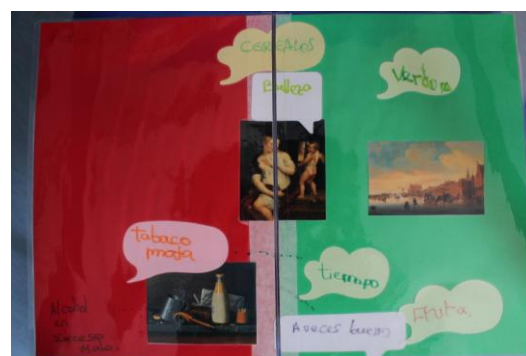


Fig. 10. Mantel saludable realizado por un participante.

Sesión 2. Centro de Promoción de Hábitos Saludables.



Fig. 11. Grupo ante la obra *Nedick's*



Fig. 12. Detalle de las manos de los participantes regalando hojas.



Fig. 13. Participantes intercambiando hojas durante el *Paseo por el bosque*



Fig. 14. Detalle de participante incorporando al árbol las hojas recibidas.

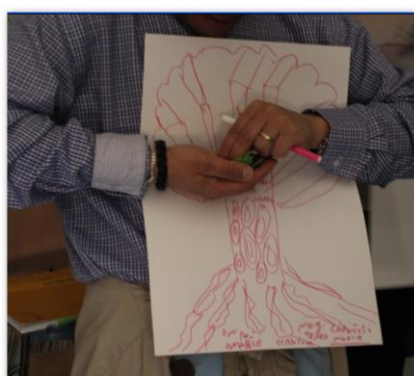


Fig. 15. Participante con su árbol durante la dinámica.



Fig. 16. Árbol de un participante tras la dinámica.

Sesión 3 Museo Thyssen-Bornemisza.



Fig. 17. Participante observando la obra *Fiesta Campesina*.



Fig. 18. Imagen del grupo ante las obras durante la visita al museo.



Fig. 19. Participante y educador observando la obra *Fiesta Campesina*.



Fig. 20. Participantes y responsables preparando la escena para el *Tableau Vivant*.

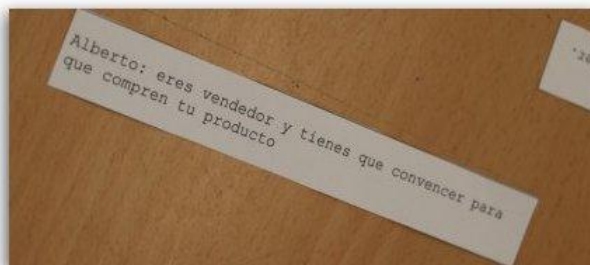


Fig. 21. Rol del educador para el *Tableau Vivant*.



Fig. 22. Participantes preparando la escena para el *Tableau Vivant*.



Fig. 23. Espectadores de la escena del restaurante para el *Tableau Vivant*.



Fig. 24. Participantes y educador representando durante el taller de *Tableau Vivant*.

Sesión 5. Museo Thyssen-Bornemisza



Fig. 29. Participantes realizando su exposición ante la obra seleccionada.



Fig. 30. Participante realizando su exposición ante la obra seleccionada.



Fig. 31. Participantes y responsables escuchando la exposición de sus compañeros.

Sesión 6. Parque de El Retiro.



Fig. 32. Postales que se regaló a todas las personas participantes.



Fig. 33. Todos los participantes seleccionando la postal.



Fig. 34. Participantes mostrando la postal elegida.



Fig. 35. Detalle de la comida traída al picnic.



Fig. 36. Foto final de todos los participantes en el programa.

14.4. PLANIFICACIÓN DE LÍNEAS DE TRABAJO

PLANIFICACIÓN DE LÍNEAS DE TRABAJO 2014	
Fecha de Reuniones.	17 10 2013 / 21. 04. 2014 / 12. 05.2014
Recursos	<ul style="list-style-type: none">• Área de Educación del Museo Thyssen-Bornemisza. <u>EDUCATHYSSEN</u>• Máster en Educación Artística en Instituciones Sociales y Culturales Facultad de Bellas Artes. <u>UCM</u>• Centro de Promoción de Hábitos Saludables (CPHS) del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental del Ayuntamiento de Madrid. <u>MADRID SALUD</u>• Asociación ADISLI para la Atención a personas con Discapacidad Intelectual Ligera e Inteligencia Límite
Profesionales	<ul style="list-style-type: none">• Ana Moreno Directora del Área de Educación del Museo Thyssen-Bornemisza.• Alberto Gamoneda Educador del Área de Educación del Museo Thyssen-Bornemisza.• Noemí Ávila Coordinación del Máster en Educación Artística en Instituciones Sociales y Culturales Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. https://www.ucm.es/med-art/• Silvia Siles Alumna del Máster en Educación Artística en Instituciones Sociales y Culturales. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid.• Olga Borrego Jefe de sección del Centro de Promoción de Hábitos Saludables (CPHS). Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.• Juan Luís Esteban Adjunto a la sección del Centro de Promoción de Hábitos Saludables.• Gilda Ibeas Directora técnica de ADISLI

Tabla 4. Recursos y profesionales involucrados en el proyecto.

Población Diana:

Personas con FIL (Funcionamiento Intelectual Límite)/Discapacidad Intelectual Ligera e Inteligencia Límite de la Asociación ADISLI <http://adisli.org/>

Temas Propuestos.

Hábitos saludables en Alimentación y Actividad Física. Ampliación de los contenidos de Salud, hacia una concepción más global en la que se incluya la salud física, mental y social.

Realización de experiencia Piloto:

Esquema de actividad → 6 sesiones

- 3 visitas al Museo.
- 2 sesiones en el CPHS intercaladas entre las visitas.
- 1 sesión de evaluación y recogida de impacto de la actividad en el parque de El Retiro.

Calendarización

Tres visitas Museo de 3 h de duración:

- **Viernes 4 abril de 2014.**
- **Jueves 24 de abril de 2014.**
- **Jueves 22 de mayo de 2014**

Do sesiones en el CPHS de 2 h de duración:

- **Jueves 10 de abril de 2014**
- **Jueves 8 de mayo de 2014.**

Sesión de cierre de 2,5 h:

- **Jueves 29 de mayo de 2014**

Fases y contenidos

- 1. Fase de Motivación y presentación:** actividad en museo.
- 2. Fase de participación y selección de contenidos y obras:** actividad en CPHS, actividad en museo, y actividad en CPHS
- 3. Fase de autogestión de contenido cierre y resultados:** actividad en Museo.
- 4. Fase de cierre resultados y evaluación:** actividad en el parque de El Retiro.

1. Fase de Motivación y presentación.

Primer contacto con el museo. Tiene lugar la presentación del tema principal (hábitos saludables, en alimentación y actividad física) a través de una selección de obras realizada y expuesta por los educadores del museo.

- **Visita-taller en el Museo:**
Obras y puntos a tratar:

Vista de la Carrera de San Jerónimo y el Paseo del Prado con cortejo de carrozas, Atribuido a Jan van Kessel III, c. 1680



- Toma de contacto
- Cambio en la concepción de "estar sano"
- Costumbres que condicionan nuestra salud.
- Hábitos de higiene, con la conservación con la comida.
- Lo que supone el Paseo del Prado en una ciudad como Madrid.

Venus y Cupido, Peter Paul Rubens, c. 1606-1611

- Aceptación de la propia imagen,
- Subjetividad de la belleza
- Canon y moda
- Estereotipos
- Belleza, obesidad y salud



Escena de invierno con patinadores y trineos ante una ciudad, Salomon Jacobsz van Ruysdael, c. 1660-1670

- Actividad física y deporte.
- Participación en actividades sociales y comunitarias.
- El deporte como juego y diversión.
- Actividad física todo el año.



***Objetos para un rato de ocio*, William Michael Harnett, 1879**



- Tabaquismo y alcohol.
- Prejuicios.
- Disfrutar el tiempo de ocio.
- Sedentarismo y actividad física.

Taller: MANTELES SALUDABLES

Los participantes realizan un mantel, que podrán utilizar posteriormente, con las obras vistas durante la visita al museo, a modo de collage. Mediante la ubicación de bocadillos en las obras, darán breves explicaciones de los motivos por los cuales se consideran buenos o malos hábitos aquellos que aparecen en las imágenes.

2. Fase de participación y selección.

- **Actividad en CPHC:**

- Se produce un cambio en las líneas de actuación:

- Se comenzó diseñando unas líneas de trabajo según los contenidos y conceptos de hábitos saludables. Estos se centraban en los temas alimentación y ejercicio físico que se tratan en ALAS, y en torno a ellos se hizo una selección de obras de la colección permanente del museo Thyssen Bornemisza que abordaran dichos contenidos.

- Los participantes ya habían asistido a los talleres de Hábitos Saludables y Control de Peso impartidos por el Centro el año anterior, por lo tanto saben bastante bien esta de los hábitos de salud que se tratan en las Aulas ALAS y en los talleres PCOS. Debido a esto, los conceptos de alimentación y ejercicio físico con los que partimos, son insuficientes, y la repetición de éstos no tendría sentido. Por lo tanto, se llega a la siguiente conclusión: se debe dar un paso más allá hacia la responsabilidad y la capacidad de toma de decisiones, a través de la experiencia significativa.

- Se llevará a cabo:

- ❖ Revisión del trabajo y contenidos de la visita museo, a través de la participación de todos en un diálogo frente a las imágenes de las obras de la visita anterior.

El museo fuera del museo: Se trabajarán dos obras pertenecientes a la colección del museo Thyssen-Bornemisza, que en este momento no se encuentran expuestos en sala, pero cuyos contenidos son idóneos para

continuar con el trabajo sobre los hábitos saludables, hacia la nueva dirección tomada tras la primera visita.

Nedick's, Richard Estes, 1970



- Comida rápida, Bares y cafeterías.
- Zumos y refrescos.
- La pirámide de la alimentación
- La soledad.
- El equilibrio: símbolo de buena salud

La comida frugal, Pablo Picasso, 1904

- La soledad.
- El equilibrio: símbolo de buena salud
- Inanición
- Clases sociales



❖ Taller: “**Un paseo por el bosque**”.

Con esta dinámica se pretende detectar cuestiones y dificultades referentes a la autoestima de los usuarios, que puedan servir para trabajar, de forma amplia, en un futuro.

Se les pide que dibujen un árbol, con sus tres partes: raíces, tronco y ramas, en las que tendrán que poner algo positivo de ellos referentes a: su personalidad en las raíces, sus acciones en el tronco y su aspecto físico en las ramas. Mostrarán su árbol, como si de ellos mismos se tratara, a sus compañeros caminado por el espacio. A continuación tendrán unas hojas de papel de diferentes colores que corresponden a cada parte del árbol, y que deberán regalar a sus compañeros según su conformidad con lo que han escrito, a modo de reconocimiento.

- ❖ Selección de las obras de la siguiente visita al museo a través de la negociación y el consenso del grupo.

- **Visita-taller en el Museo:**

El recorrido se realiza con las obras elegidas por los participantes en la sesión anterior. En esta ocasión, el discurso se construye entre todos a través del diálogo frente a la obra de arte.

***Bailarina basculando (Bailarina verde)*, Edgar Degas, 1877-1879**

- El baile no es solo cosa de chicas.
- Artes escénicas.
- Expresar con el cuerpo.
- Los puntos de vista.
- El equilibrio: símbolo de buena salud.
- La fragmentación



***Waverly Oaks*, Winslow Homer, 1864**



- Actividad física: pasear.
- Introducción del espectador en la obra: oportunidad para hablar de la propia experiencia.
- Las relaciones personales: compartir con los demás

***Fiesta campesina*, David Teniers II, c. 1650**



- Las fiestas, tiempo de ocio y diversión.
- Los excesos y autocontrol.
- Tabaco y alcohol.
- Reunión y evento especial.
- Relaciones personales: comer en compañía

Taller: TABLEAU VIVANT

El Tableau Vivant es una representación por un grupo de actores o modelos de una obra pictórica. Esto es lo que se les propone a los participantes en el taller a través de unos personajes que les son asignados y una escena. Deben componer dicha escena y actuar según sus roles. Los roles de los educadores y profesionales sociosanitarios serán los negativos.

Desde un principio, se pretende trabajar temas como la asertividad, la autonomía en la toma de decisiones, así como la comprensión de la responsabilidad sobre la propia salud. Además, debe servir para descubrir otras cuestiones que les preocupan, y sobre las que puede resultar difícil hablar de forma directa.

Después de cada representación, se llevará a cabo una reflexión sobre la escena y los sucesos acontecidos durante esta, en un diálogo cercano con los participantes, en el que se hable de su propia experiencia.

- **Actividad en CPHS**

Se llevará a cabo:

- ❖ Revisión del trabajo y contenidos de la visita museo, a través de la participación de todos en un diálogo frente a las imágenes de las obras de la visita anterior.
- ❖ Continuación del Tableau Vivant, con la representación de otra de las escenas propuestas en la sesión anterior: La primera cita.
- ❖ De visitante a educador: en la parte final de la sesión, los participantes, seleccionarán las obras que verán en la siguiente visita, como ocurre en la sesión 2. En este caso, se pretende dar un paso más en el empoderamiento y la responsabilidad: ellos serán los protagonistas de la última visita al museo (sesión 5), debiendo preparar y explicar dichas obras al resto del grupo. Este trabajo deberán realizarlo en equipo, en la medida de lo posible.

3. Fase de autogestión de contenido, cierre y resultados.

SESIONES PREPARATORIAS DE LAS OBRAS: Debido a los acontecimientos inesperados, no se pudo cumplir con la temporalización establecida, bien por la dilatación del diálogo durante la reflexión del Tableau Vivant, en la que surgieron cuestiones importantes de las que se consideró que era importante hablar, bien por los conflictos surgidos a la hora de formar los grupos. No se pudo llevar a cabo la preparación de las obras con el tiempo suficiente para comprender qué era lo que se pedía. Por este motivo, se convino con ADISLI, una sesión preparatoria de una hora, aproximadamente, con cada uno de los 3 grupos, en la sede de la asociación, el lunes 13 y martes 14 de mayo.

- **Visita-taller en el Museo:**

Recorrido por las obras elegidas y preparadas en la sesión anterior. A través del traspaso del poder del educador al visitante, serán ellos quienes deberán explicar al resto la obra y los motivos que les han llevado a relacionarla con los hábitos saludables.

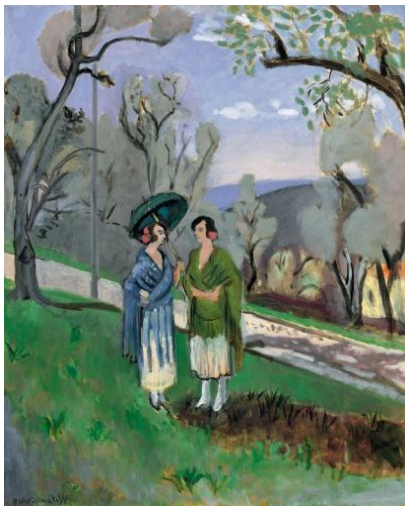
Concierto campestre, Jean-Baptiste Pater, 1734



Paisaje invernal con pueblo, patinadores en un río helado y cazadores en primer plano, Jacob Grimm



Conversación bajo los olivos, Henri Matisse, 1921



Campesinos comiendo patatas, Vincent van Gogh, 1885



El Matón del Vecindario, John George Brown, 1866



Esta obra se eligió para tratar un problema real de discriminación que estaba ocurriendo en ese mismo momento entre algunos miembros del grupo, y que ADISLI estuvo de acuerdo en trabajar. El impacto tuvo lugar, no tanto en la persona que discrimina o en la discriminada, si no en las personas que permanecían pasivas observando esta situación.

4. Fase de cierre, resultados y evaluación

- **Actividad en el Parque del Retiro:**

La sesión de evaluación comenzará con un paseo desde el museo hasta el Retiro. Pasaremos por el Casón del Buen Retiro antes de entrar, y, una vez dentro por el Palacio Velázquez y el Palacio de Cristal, como ejemplos de espacios expositivos.

La sesión de evaluación consistirá en transformar un pequeño grupo de discusión en un “Picnic Saludable”. La propia comida que traigan será una forma de evaluar. Para comenzar a hablar, se le pedirá a cada uno de ellos que coja una de las postales de las obras vistas, que estarán en el suelo, se les pedirá que expliquen el por qué de su elección, y una vez terminada la ronda se les regalará la postal, como recuerdo de la experiencia. Continuará con el juego “Yo he aprendido que...” en el que cada uno completará la frase con algo con lo que se haya quedado de esta experiencia. Por último, tendrá lugar el grupo de discusión transformado en picnic.

14.4. “PICNIC DE DISCUSIÓN”

1. Elegir una postal, ¿Por qué?
2. Juego: “Yo he aprendido qué...”
3. Las preguntas elegidas para dirigir el “Picnic de discusión” han sido las siguientes:
 1. ¿Qué habéis aprendido de hábitos saludables, que no sabíais antes?
 2. ¿Qué habéis aprendido de la colección del Museo Thyssen?
 3. ¿Cómo os habéis sentido con el grupo? ¿Qué pensáis sobre la importancia de respetar y escuchar a los demás?
 4. ¿Qué sesión (visita o taller) os ha gustado más? ¿Cuál ha sido la más divertida? ¿Por qué?
 5. ¿Hay alguna sesión (visita o taller) que no os haya gustado? ¿Por qué?
 6. ¿Os ha gustado ser el protagonista en la última visita al museo? ¿Por qué?
 7. ¿Qué pensáis del trabajo en equipo (en la preparación de las obras)?
 8. ¿Repetiríais la experiencia?
 9. ¿Qué os gustaría hacer o ver en caso de poder repetir?
 10. ¿Qué cambiaríais?

14.6. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Responsables del CPHS	Responsables de ADISLI
<p>Utilidad del arte para su trabajo: entiende que es muy útil al utilizar un lenguaje que supera las barreras académico-sanitarias. Un lenguaje muy visual y emocional que <i>“puede calar profundamente en la subjetividad de las personas”</i>. Muy útil con este tipo de población.</p> <p>Ampliación del concepto de hábitos saludables más allá de la alimentación y el ejercicio físico: creen que los participantes se <i>“han asomado”</i> a la idea de que los hábitos saludables tienen que ver con la compañía, con la soledad, la clase social, la autoestima, etc., pero no se ha podido profundizar, porque no había tiempo. Si se ha enriquecido la concepción de hábitos saludables.</p> <p>Obtención de información veraz sobre hábitos saludables: considera que ha funcionado muy bien y que se ha obtenido una gran cantidad de información</p> <p>Concepción y funcionamiento del grupo: observa que ha existido la cohesión de grupo, exceptuando el problema concreto de discriminación, pero en cuanto a la horizontalidad, manifiesta se limitaba a ciertas tareas. En este sentido una jerarquía en la que cada profesional tenía su rol y su espacio, que todos eran conscientes y que existía un respeto mutuo. A nivel general el sentimiento de grupo de iguales existía. También cree que los participantes han considerado el espacio del museo como un espacio confortable, y que el ambiente era relajado. Además, afirma desde su punto de vista que el <i>respeto del turno de palabra</i> se ha mejorado mucho, sobre todo en cuanto a la rectificación.</p> <p>Autonomía (la preparación de las obras): no funcionó por falta de tiempo, y opina que fuimos muy paternalistas en las críticas hacia la responsabilidad que tendrían que haber adquirido para prepararlas. Aunque también reconoce que el nivel de exigencia no podía ser muy alto debido al poco tiempo que se les dio</p>	<p>Utilidad del arte para su trabajo: ven una metodología nueva, que les ofrece posibilidades en algo que llevan tiempo pensando: cambiar la metodología en el trabajo del autoestima.</p> <p>Ampliación del concepto de hábitos saludables más allá de la alimentación y el ejercicio físico: reconocen que se han transportado conceptos de hábitos saludables hacia la resolución de conflictos y habilidades sociales que sirven para <i>“desenvolverte con calidad de vida en tu día a día”</i>. Apunta, que, en una conversación con algunos participantes, vio que ellos no habían entendido tanto la relación del arte con los hábitos saludables, sino con el acceso a la cultura.</p> <p>Obtención de información veraz sobre hábitos saludables: reconoce que ha funcionado muy bien y que los participantes han sido sinceros.</p> <p>Ha faltado tiempo para que ocurrieran muchas cosas y para trabajar en profundidad temas importantes, como la resolución de conflictos, considera que 6 sesiones son pocas.</p> <p>Concepto y funcionamiento del grupo: en la conversación antes mencionada con los participantes, le mencionaron que lo que más le había gustado era <i>“el acceso a la cultura”</i> y <i>“hacer actividades en grupo”</i>. Por lo tanto considera que lo que más se ha valorado es establecer relaciones con otras personas. Considera que el espacio ha sido normalizado y horizontal, que se sintieron <i>“como uno más”</i>. Esto les ha gustado y sorprendido, porque normalmente sólo se requiere su presencia como personal de apoyo, nunca para participar. Valora esto como algo fundamental para sensibilizar a la sociedad ante la discapacidad, y que esto ha ocurrido con el CPHS. Cree que, el centro ha dejado su visión más clínica y ha sido más sensible a las características propias de las personas. Señala la creación del clima de confianza y como punto fuerte del taller la aceptación de cualquier comentario y opinión de cada uno</p>

<p>para cumplir con la tarea.</p> <p>Considera existió <u>un buen trabajo en equipo entre profesionales</u> y bien coordinado por la investigadora, a través de organización y esquematización. Pero que no se puede considerar un trabajo en red, en sí mismo, aunque si un germen de ello.</p> <p><u>Lo que mejor ha funcionado:</u> el programa con evaluador de la eficacia de las intervenciones del CPHS a pesar del tiempo. Han podido verificar a través de este programa que las aulas tuvieron impacto y las personas interiorizaron los conceptos, para poder seguir profundizando.</p> <p><u>Sus expectativas:</u> Reconoce que inicialmente las expectativas eran muy abiertas, difusas y confusas. No veían qué papel podía jugar el CPHS en un museo y un programa de educación artística. Pero gracias a este trabajo académico que es el programa diseñado, como eje vertebrador de toda la experiencia, han quedado muy sorprendidos y consideran que se han <i>“superado con creces las expectativas”</i></p> <p><u>Propuestas de futuro:</u> Manifiesta que le encantaría seguir trabajando y que está abierta a propuestas, pero que a primera vista, le parece que podría extenderse el programa al resto de grupos de ADISLI, así como al resto de población.</p>	<p>de los participantes, quienes no están acostumbrados a ello por su condición.</p> <p><u>Autonomía (la preparación de las obras):</u> Ha faltado tiempo para obtener los resultados que se esperaba. Son personas que tiene ritmos más lentos y necesitan flexibilidad.</p> <p><u>Lo que mejor ha funcionado:</u> el acceso a la cultura, poder ir al museo sin considerar que <i>“estas fuera de lugar”</i>, y la valoración tanto de la opinión personal como el respeto de los diferentes puntos de vista.</p> <p><u>Sus expectativas:</u> veían el programa como una prolongación de los talleres y aulas ALAS, quedando sorprendida tanto por los contenidos, como por la metodología. Manifiesta que <i>“ha superado las expectativas, totalmente”</i>.</p> <p><u>Propuestas de futuro:</u> desde incorporarlo como metodología al trabajo en las diferentes áreas de la asociación (autoestima, independencia, gestión de emociones, etc), a prologar este programa en concreto el tiempo necesario para que los participantes puedan realizar una buena exposición de las obras. Además, cree que sería muy buena idea incluir a las familias, es decir, que el público de las personas con discapacidad fueran sus propias familias, como modo de mejora del autoestima al demostrar a sus personas de referencia de lo que son capaces.</p>
--	---

Tabla 5. Respuestas comparadas de las entrevistas a los profesionales de ADISLI y CPHS.